

**VIVENCIA DE RASGOS HISTRIONICOS Y DEPENDIENTES EN LA  
ADOLESCENCIA - ESTUDIO DE CASO**

**Proyecto de trabajo de grado**

**Ana María Echavarria Arango**

**Tutor: Efrén Martínez**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
PROFUNDIZACIÓN EN LOGOTERAPIA**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>ÁREA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>7</b>
<b>PREGUNTAS ORIENTADORAS.....</b>	<b>8</b>
<b>FORMULACIÓN DE CASO LOGOTERAPÉUTICA.....</b>	<b>9</b>
<i>Datos familiares y genograma .....</i>	<i>10</i>
<i>Tabla 1:.....</i>	<i>10</i>
<i>Genograma de la Paciente A. ....</i>	<i>10</i>
<i>Debilidades de la historia .....</i>	<i>11</i>
<i>Dificultades actuales.....</i>	<i>12</i>
<i>Evaluación por áreas .....</i>	<i>13</i>
<i>Restrictores de lo noetico .....</i>	<i>14</i>
<i>Estrategias de afrontamiento: Actividad y pasividad: .....</i>	<i>14</i>
<i>Diagnóstico alterno .....</i>	<i>15</i>
<i>Latrogenia e hiperreflexión .....</i>	<i>16</i>
<i>Hiperreflexión: no se identifica hiperreflexión .....</i>	<i>16</i>
<i>Diagnostico interactivo e integrativo de datos .....</i>	<i>17</i>
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.....</b>	<b>19</b>
<i>Consideraciones previas al inicio de los encuentros.....</i>	<i>19</i>
<i>Desarrollo de las sesiones .....</i>	<i>20</i>
<i>Sesión 1 (4 de septiembre de 2015) .....</i>	<i>21</i>
<i>Sesión 2 ( 8 de Septiembre 2015).....</i>	<i>23</i>
<i>Sesión 3 (2 de Octubre de 2015) .....</i>	<i>26</i>
<i>Sesión 4 (14 de Octubre 2015) .....</i>	<i>28</i>
<i>Sesión 5 (28 de Octubre 2015) .....</i>	<i>30</i>
<i>Sesión 6 (11 de Noviembre de 2015).....</i>	<i>32</i>
<i>Sesión 7 (Noviembre 23 de 2015).....</i>	<i>32</i>
<b>MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA .....</b>	<b>34</b>
<i>Raíces filosóficas de la logoterapia .....</i>	<i>34</i>
<i>Hacia una comprensión de los pilares básicos de la logoterapia .....</i>	<i>37</i>

<i>Caminos para alcanzar el sentido .....</i>	38
<i>Aproximación a la comprensión de la adolescencia .....</i>	38
<i>Construcción de la identidad en la adolescencia .....</i>	40
<i>Personalidad como manifestación de la persona espiritual .....</i>	41
<i>Oscilando entre la autenticidad e inautenticidad en la adolescencia....</i>	42
<i>Estrategias de afrontamiento, una vía para la supervivencia .....</i>	43
<i>Aproximación al modo de ser histriónico y dependiente.....</i>	46
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>53</b>
<i>Tipo de investigación: estudio cualitativo de caso único .....</i>	53
<i>Técnica: entrevista en profundidad .....</i>	54
<i>Procedimiento: análisis fenomenológico-hermenéutico .....</i>	55
<i>Población: sujeto Participante.....</i>	55
<b>ANALISIS DEL CASO .....</b>	<b>57</b>
<i>Manifestación de los modos de ser en la adolescencia.....</i>	57
<i>Expresión de la relación entre el modo de ser histriónico y dependiente</i> 60	
<i>Estructuración de las estrategias de primer nivel (autolesiones y</i> <i>desórdenes alimenticios) durante la adolescencia .....</i>	61
<i>Creencias asociadas a las conductas autolesivas.....</i>	61
<i>Creencias asociadas al desarrollo de desórdenes alimenticios .....</i>	62
<i>Consecuencias de los desórdenes alimenticios y manifestaciones de la</i> <i>autenticidad e inautenticidad de la personalidad .....</i>	63
<i>Influencia de las redes sociales en las autolesiones y desórdenes</i> <i>alimenticios .....</i>	64
<i>Relación entre autolesiones y desórdenes alimenticios .....</i>	65
<i>Vivencia de la situación familiar.....</i>	66
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>68</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>85</b>
Anexo 1. Transcripción de entrevistas.....	85
Anexo 2. Cuadro de análisis de las entrevistas y de los temas.....	124
Anexo 3. Consentimiento informado.....	164





## **INTRODUCCIÓN**

El interés y preocupación por el efecto de las dificultades familiares y las redes sociales en la adolescencia, particularmente sobre una adolescente de 12 años con tendencia a desarrollar rasgos de personalidad histriónico y dependiente; motivan el desarrollo de una formulación de caso logoterapéutico cuyo objetivo es evidenciar la manera en que se desenvuelven los modos de ser mencionados anteriormente y la forma en que se estructuran a partir de allí, algunas estrategias de primer nivel, particularmente las autolesiones y los desórdenes alimenticios. Para alcanzar este objetivo se realizó una revisión teórica de algunos aspectos importantes desde la logoterapia para el desarrollo del caso, abordando de manera general las raíces filosóficas y pilares de la logoterapia, una aproximación a la comprensión de la adolescencia, la construcción de la identidad en dicha etapa, la personalidad como manifestación de la persona espiritual y las estrategias de afrontamiento implicadas en el caso. Tras la revisión teórica se realizó una serie de entrevistas a profundidad en el marco de un estudio cualitativo de caso único y posteriormente se le realizó un análisis fenomenológico-hermenéutico. El análisis del caso y discusión del presente estudio de caso permiten acercarse a la comprensión del fenómeno que manifiesta la participante, así como la influencia de la estructura de su familia y las condiciones que su contexto representan.

## JUSTIFICACIÓN

“Los jóvenes de hoy en día” es una frase de reproche adulto que tuvo y tendrá vigencia en cualquier momento de la historia de la sociedad occidental, pues la brecha de significados entre adolescentes y adultos es inherente a la interacción entre ellos mismos, sin importar de qué época se hable. No obstante, quizá en la época actual tenemos las condiciones contextuales más drásticas y rápidamente cambiantes e inestables, y es inevitable que esto motive la aparición de nuevas estrategias para afrontar el dolor emocional que está presente en la adolescencia. De esta manera, este estudio de caso pretende explorar cómo se evidencian rasgos de los modos de ser histriónico y dependiente en una adolescente y cómo se estructuran estrategias de primer nivel (autolesiones y desórdenes alimenticios) durante dicha etapa vital, que pueden ser producto de fenómenos como la influencia de las redes sociales y el déficit de comunicación intrafamiliar, entre otros aspectos que inciden sobre la conformación de la identidad y personalidad adolescente. Esto es importante para comprender las nuevas modalidades de expresión y alivio emocional adolescente que emergen de las nuevas condiciones del contexto actual. En este sentido, los elementos en este estudio de caso resultan útiles para difundir comprensiones a profesionales interesados en el abordaje y contención de las dificultades de esta índole.

## **ÁREA PROBLEMÁTICA**

En la adolescencia se va configurando la identidad y personalidad, ya que ésta es una etapa transicional que implica la complejización de las dimensiones humanas. En este sentido, muchos niños y adolescentes vivencian dinámicas familiares particulares y conflictivas; estando expuestos a medios de comunicación y redes sociales, que envían cada vez más contenidos de estética, hábitos de vida, moda y apariencia que se traducen en una presión y un peligro para el bienestar de los adolescentes. Estos, en el proceso de la búsqueda de su identidad, terminan sumiéndose en un estado de vulnerabilidad y fragilidad tal que facilita la exploración y adopción de estrategias destructivas como las conductas autolesivas, las compulsiones con la comida y el vómito autoinducido. En este sentido, la sensación de soledad, tristeza, vacío y sentimiento de culpa aumentan cada vez más, poniendo en riesgo su integridad y estabilidad física y psicológica; pues los niños y adolescentes tienden a aislarse, refugiarse en la tecnología y en sus pares, creando así un deterioro en sus relaciones familiares y afectivas. Lo anterior, ocasiona un déficit exponencial en la comunicación e interacción, donde al no poder contar con el apoyo de instituciones como su familia, el dolor emocional que no puede ser fácilmente elaborado, es aliviado a través del dolor físico.

Así pues, resulta retador para el campo de la psicología y las diferentes disciplinas el generar consciencia acerca de los contenidos que aparecen en la publicidad, redes sociales e internet en general, teniendo en cuenta que en la adolescencia hay una mayor susceptibilidad a adoptar todo tipo de comportamientos que resultan nocivos para la salud, debido a que en esta etapa, la identidad tiende a ser más colectiva que individual y que aparecen las primeras preocupaciones por la figura e imagen corporal.

## **PREGUNTAS ORIENTADORAS**

¿Cómo se evidencian rasgos de los modos de ser histriónico y dependiente en una adolescente?

¿Cómo se estructuran estrategias de primer nivel (autolesiones y desórdenes alimenticios) durante la adolescencia?

## FORMULACIÓN DE CASO LOGOTERAPÉUTICA

El presente estudio de caso se realizará a partir de la propuesta de Formulación de Caso Logoterapéutica o Formulación de Caso de la Psicoterapia Centrada en el Sentido desarrollada por Martínez (2007). Es la construcción diagnóstica entre el terapeuta y el consultante, sistematizando los datos que conforman una evaluación desde este enfoque.

Nombre Paciente A.<sup>1</sup> Edad: 12 años. Motivo de consulta: *“(...) Yo creo que mi problema es que estoy dejando de comer y eso no está bien, ni es saludable....no me gusta la comida que me dan y prefiero no comer....me siento gorda y quiero bajar de peso...ahora mi cuerpo se acostumbró a no comer o vomitar lo que como... también me corto (...) para no sentir hambre...”* Estado mental del consultante: normal, sin ninguna alteración.

Estado de la percepción, fallas o déficit de los sentidos: normal, sin ninguna alteración. Memoria: normal, sin ninguna alteración. Lo aprendido: normal, sin ninguna alteración. Lo experimentado: normal, sin ninguna alteración. Motricidad: normal, sin ninguna alteración. Lenguaje: normal, sin ninguna alteración. Vocabulario: normal, sin ninguna alteración. Pensamiento y juicio: normal, sin ninguna alteración. Continuidad: normal, sin ninguna alteración. Contenido: normal, sin ninguna alteración. Coherencia: normal, sin ninguna alteración. Hallazgos psicosomáticos: presenta dolores fuertes de cabeza, mareos y molestia en el esófago. Fisiognómica y mímica: Paciente A Soes una niña linda, bajita, de contextura gruesa, tiene el pelo ondulado castaño y los ojos cafés, se muestra dulce, sonriente y logra hacer contacto visual.

---

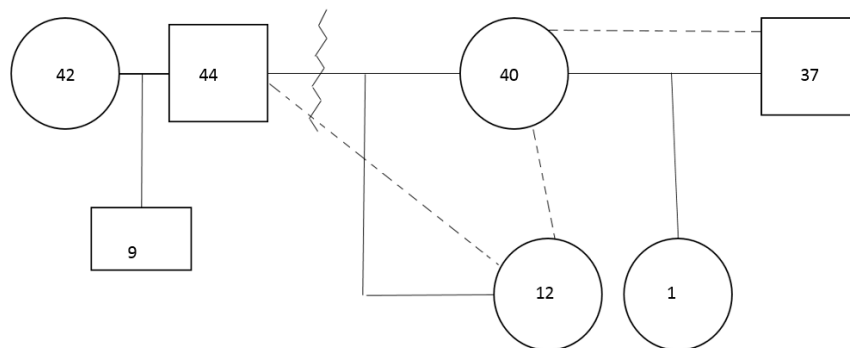
<sup>1</sup> Por razones éticas y de confidencialidad con el paciente su nombre ha sido modificado.

<sup>2</sup> Pro Ana y Pro Mia es una página web que promueve y apoya los desordenes alimenticios como la anorexia y la bulimia, en donde éstas se consideran un estilo de vida en lugar de un trastorno.

### *Datos familiares y genograma*

Paciente A tiene padres separados, vive con su mamá, su hermana de un año y medio y su padrastro. Tiene una relación tensa con su madre, tienden a discutir frecuentemente y dice no confiar mucho en ella. Menciona que su padrastro viaja bastante y lo percibe muy reactivo ante ella, siente que no la quiere mucho. Por otro lado, su padre también se volvió a casar y tiene un hermano de 9 años, lo ve con frecuencia; sin embargo, no se siente muy cercana a él, dicen compartir muy poco, pelean mucho y reconoce tenerle un poco de celos. Cabe mencionar, que quiere mucho a la familia de la esposa del papá, pues tiene primas contemporáneas y las ve seguido; a diferencia de la familia de su mamá, a quien no es muy unida.

Tabla 1:  
*Genograma de la Paciente A.*



Fuente: Extraído de conversación con la paciente A

## *Debilidades de la historia*

Los momentos de tristeza donde desahogaba su desespero y malestar cortándose los brazos y muñecas, lo cual a su vez le ayudaba a no sentir hambre. Menciona que solía cortarse todos los recreos del almuerzo con una amiga para no entrar a la cafetería y no tener que almorzar. Resalta que sí sentía mucho dolor físico, pero que la amiga le reforzaba la conducta de cortarse, diciéndole que debían castigar su cuerpo de esa manera cuando comían algo con un alto contenido calórico.

Cuando dejaba de comer por periodos prolongados o vomitaba después de comer en exceso o luego de comer algo que no fuera saludable; motivada por el querer ser más flaca, linda, y conseguir que los demás la quieran. Preguntaba cosas como: *“Al estar en un jardín lleno de rosas, ¿qué rosas escogerías las más bonitas o las más feas?”* Y respondiendo que: *“seguramente las más bonitas, no las que están dañadas y feas, así pasa en la vida real, todo el mundo va a preferir a las niñas flacas y lindas, pues a las gordas y feas nadie las quiere”*. Paciente A hacía parte de *pro ana* y *mia*<sup>2</sup>, una página de internet donde se intercambian tips, dietas comentarios y hacen carreras para hacer parte de una red de anoréxicas o bulímicas. Sin embargo, se sentía frustrada pues no alcanzaba las metas impuestas por el grupo, como por ejemplo llegar a x número de kilos. Cabe resaltar que el grupo al que ella pertenecía era liderado por una de sus primas, a quien ella admiraba mucho.

Los momentos difíciles y peleas con su mamá, resultan muy complicados para Paciente A, pues dice que la regaña todo el tiempo y no tiene mucha confianza en ella y además menciona que nada de lo que hace es suficiente para su mamá. Considera que desde que ésta se volvió a casar casi no comparte con ella, su padrastro interfiere en la relación de las dos, ha sido agresivo física y verbalmente

---

<sup>2</sup> Pro Ana y Pro Mia es una página web que promueve y apoya los desordenes alimenticios como la anorexia y la bulimia, en donde éstas se consideran un estilo de vida en lugar de un trastorno.

con ella. Desde que nació su hermana toda la atención se centra en ella, en varias ocasiones dice no aguantar más y que no quiere vivir más en su casa.

Por otro lado, dice sentirse en la mitad de los dos hogares, se siente lejana de sus padres y considera que le ponen más atención a sus hermanos. Paciente A menciona con dolor que su papá prefiere jugar con su hermano y compartir tiempo con él. Además refiere que se siente mal cuando su papá se va con la esposa y su hermano de viaje por fuera del país y a ella no la invitan, así como el poco dialogo e interacción que tiene con su padre cuando lo visita.

Los problemas que ha habido con las niñas del curso como por ejemplo luego de ir a una fiesta, donde filmaron un video de dos niños dándose un beso. En una reunión que tuvieron las mamás del curso, se dijo que la niña del video era Paciente A, lo cual ha hecho que algunas mamás no dejen que sus hijas se relacionen con ella, considerándola una mala influencia y etiquetándola como una niña dañada para el grupo. Esta situación ha sido muy dolorosa para ella, pues Paciente A no era la niña que aparecía en el video y a pesar de esto, varias niñas le dijeron que sus mamás les tenían prohibido estar con ella.

En el colegio interrogaron a paciente A, ya que ella podría estar involucrada en una situación de cyberbullying hacia una niña de su curso, con quien había tenido problemas anteriormente. Sin embargo, al investigar la situación se encontró que había sido una amiga de ella de otro colegio. Este hecho le resultó doloroso, pues peleó con la amiga implicada.

### *Dificultades actuales*

Paciente A presenta autolesiones, se corta los brazos pues dice no quererse, sentirse triste y acude a los cortes como una forma de desahogarse y no sentir



hambre. Del mismo modo, muestra alteraciones a nivel alimenticio, dejando de comer por periodos prolongados o vomitando después de comer, ya que desea ser flaca, linda y querida por los demás. No se siente conforme con su cuerpo, se considera gorda y dice que a las gordas nadie las quiere. Actualmente, su madre está pasando por un proceso de divorcio, pues descubrió que el padrastro le era infiel, esto ha afectado mucho a Paciente A, pues ha escuchado conversaciones de la mamá hablando por teléfono, donde decía con mucha rabia y dolor que el padrastro era adicto a las mujeres y le ha sido infiel en varias ocasiones. Esto ha hecho que Paciente A vea a su mamá sufrir mucho y por consiguiente, enfatiza el no querer representar una carga o problema adicional para ésta, quien tiene muchos problemas. Cabe añadir, que se muestra muy angustiada ante la posibilidad de que su mamá se reconcilie con él, pues ha escuchado que han estado hablando.

#### *Evaluación por áreas*

Área de la salud: presenta alteraciones a nivel alimenticio, pasa periodos prolongados sin comer o presenta atracones de comida, acompañados de vomito auto inducido. Paciente A no consume ninguna sustancia psicoactiva. Tuvo su primera menstruación y ha sido regular.

Área de descanso: Paciente A no presenta ningún trastorno del sueño, se duerme temprano y dice dormir bien, aunque cuando está triste o aburrida los fines de semana suele dormir en exceso. Hace parte del equipo de barras del colegio y asiste a clases de gimnasia olímpica, haciendo un total de 14 horas de ejercicio a la semana.

Área laboral: Estudia 8 horas diarias, nunca ha trabajado.

Área social: para ella es muy importante el área social, no tiene un grupo muy estable, pero dice tener muchos amigos de otros colegios.

Área afectiva: no tiene novio, aunque tiene varios pretendientes, menciona que la buscan para darse besos con ella y en una ocasión le pidieron tener relaciones, negándose por completo, considera no tener la edad y le parece desagradable.

### *Restrictores de lo noético*

Restricción somatógica: ninguna evidenciada en la actualidad.

Restricción psicosociogénica: rasgos histriónicos y dependientes de personalidad

Manifestación fenopsíquica: ansiedad y tristeza profunda.

Manifestación fenosomática: insuficiencia nutricional, mareos, alopecia leve, fragilidad en las uñas, fuerte dolor de cabeza, cansancio y sueño.

### *Estrategias de afrontamiento: Actividad y pasividad:*

Estrategias de primer nivel: la paciente presenta autolesiones, como cortes en los brazos y vomita luego de comer en exceso o comer algo con un alto contenido calórico.

Estrategias de segundo nivel: Tiende a buscar aprobación constantemente en los demás, así como intenta sacar una sonrisa a pesar de sentirse mal, así mismo, suele esquivar situaciones en donde pueda tener pensamientos o sentimientos desagradables. Se inclina por cultivar y dedicarse a personas que la puedan hacer sentir bien en su compañía y cede ante el conflicto para evitar disgustos y rechazos de los demás. Por otro lado, llama la atención de los demás, suele ser persistente, se auto distrae constantemente para no mirarse, suele evaluar, criticar y hablar mal de los demás, se muestra envidiosa. Intenta parecer equilibrada. Sabotea diferentes situaciones disimuladamente como forma de resistencia de las mismas y presenta autolesiones visibles, cuya finalidad es llamar la atención.

Estrategias de tercer nivel: En cuanto a su capacidad de autocomprensión se puede decir que presenta un nivel bajo, le cuesta trabajo evaluarse y verse a sí misma en relación y situación. En relación a la autorregulación, se puede decir que se encuentra limitada, pues tiende a utilizar más estrategias de regulación psicológica para alivianar su dolor de no ser vista que le funcionan por momentos muy pequeños. Por último, su autoproyección no se encuentra muy desarrollada, le cuesta trabajo verse a futuro de forma diferente.

Estrategias de cuarto nivel: Su capacidad de diferenciación, aún se encuentra en un nivel pobre, siendo difícil ver al otro como un legítimo otro independiente. En cuanto a la afectación, es posible ver que se encuentra en un nivel limitado, a pesar de que logra dejarse tocar por lo valioso y por aquello que tiene sentido en términos de su edad y etapa; sin embargo, parece ser poco duradero. Finalmente, la capacidad de entrega a su corta edad aún no está desarrollada.

### *Diagnóstico alterno*

Paciente A es una niña amable, respetuosa, sensible, reflexiva, preocupada e interesada por ayudar a los demás. Es inteligente y reconoce la importancia de la familia en su vida, dice que se preocupan por ella y la quieren mucho a pesar de que en ocasiones se sienta un poco sola y alejada de ellos. Menciona la importancia del nacimiento de su hermanita, resalta lo relevante que se ha convertido la familia de la esposa de su padre, en especial sus primas, con quienes se identifica y divierte mucho. De igual manera, hoy en día le brinda sentido el contar con amigas bastante cercanas y compartir mucho con ellas, disfruta sus clases de gimnasia olímpica. Lograr ser parte del equipo de barras ha sido muy importante y emocionante para ella. Dice que haberme conocido y empezar a trabajar conmigo es muy valioso para ella, pues considera que ha logrado estar mejor, se siente más tranquila y ha conseguido sentirse en paz con ella misma.

### *Latrogenia e hiperreflexión*

Procesos anteriores: Paciente A asistió a dos procesos psicoterapéuticos previos, a los cuales fue remitida por sus dificultades alimenticias, dice no haberse abierto nunca con las psicólogas, dándoles muy poca información sobre su situación y vivencias, no hubo ningún aspecto que la haya marcado negativamente del proceso, sin embargo, no resultó muy útil para ella.

### *Hiperreflexión: no se identifica hiperreflexión*

Expectativas y motivación frente al proceso: Paciente A manifiesta las ganas de lograr sentirse bien, tener una buena y cercana relación con su familia, estar tranquila, aprender a quererse, dejar de cortarse y comer bien, pues es consciente de que no es bueno para su salud y puede tener consecuencias importantes a nivel físico para el resto de su vida.

Interconsultas: Se pidió a los padres que la llevaran al médico y nutricionista, luego de comentarles sobre su dolor de cabeza, sensación permanente de frío, mareos, molestias en el esófago y dificultades alimenticias, con el propósito de hacerle una valoración general sobre su estado de salud. El médico le envió unos exámenes de laboratorio y encontraron algunas alteraciones, así como también les manifestó preocupación debido a que Paciente A se encontraba estancada en su crecimiento. Así mismo, el colegio la remitió a un apoyo externo en psicología, sin embargo, dice no caerle bien la terapeuta, pues no tuvo empatía con ella. Pidió que la llevaran donde otra persona, no obstante con esta segunda terapeuta, Paciente A, manifestó que no le tenía confianza y nunca le quiso contar sobre su problemática, por lo que se realiza un último cambio de terapeuta, con el cual dice sentirse mejor.

Autorreferencia: Me encanta verme con ella, siento un cariño y una empatía muy especial. He logrado construir una relación terapéutica bastante cercana y

basada en la confianza, lo cual ha facilitado el proceso. Percibo a una niña transparente conmigo, la mayoría de las sesiones son muy fluidas, me cuenta todo y siento una profunda responsabilidad y ganas de acompañarla y ayudarla. Considero que hemos logrado avances muy importantes, especialmente cuando personas cercanas a ella me cuentan que la niña es otra desde que estamos juntas, lo cual me pone muy feliz. Cuando pasa algo con su padrastro, me dan ganas de insultarlo y llevarla conmigo a mi casa. A pesar de lo anterior, me pone muy feliz cuando me cuenta lo mucho que sus papás han cambiado con ella. Lleva un tiempo importante sin autolesiones, vómito autoinducido y cada vez más se evidencian mejorías en sus hábitos alimenticios. Sin embargo, debo reconocer el miedo que me da que tenga un retroceso, pues tiene momentos en los que no se alimenta muy bien.

#### *Diagnostico interactivo e integrativo de datos*

Paciente A tiene 12 años, cursa primer grado de secundaria, vive con su mamá, padrastro y hermanita de un año y medio. Paciente A no tiene muy buena relación con el padrastro, él es distante con ella y actualmente la mamá se encuentra en un proceso de divorcio, pues descubrió que le era infiel. A pesar de verse con su padre frecuentemente, siente que está en la mitad de las dos familias, sintiendo que no pertenece a ninguna. Adicionalmente, manifiesta no tener confianza con sus padres.

Teniendo en cuenta los datos recogidos en la formulación de caso, la observación del desenvolvimiento en las sesiones, la información aportada por sus acudientes, la triangulación de la información obtenida por los diversos psicólogos que la han atendido, puede concluirse que: Paciente A ha construido una visión del mundo en la que considera que es muy importante privilegiar el bienestar de los demás por encima del de ella. Esta creencia se generó a partir de la sensación de no ser vista, no existir, ser abandonada o rechazada y sentir un vacío incomprensible ante sus ojos.

Para regular psicológicamente dicho malestar, Paciente A ha utilizado estrategias como cortarse los brazos, dejar de comer, vomitar, llamar la atención y buscar aprobación especialmente por parte de sus amigas. Lo anterior, evidencia tendencias de los rasgos de personalidad histriónica y dependiente, pues a su corta edad aún no está conformada su identidad y personalidad.

Cabe resaltar que sus recursos psicológicos aún no se encuentran del todo desplegados, se le dificulta verse a sí misma en relación y situación, sin lograr tomar distancia de sus estrategias de afrontamiento. Así mismo el autorregularse, se encuentra en un nivel bajo, pues no ha conseguido aceptar las emociones y el malestar que surge, centrada en manipular a los demás con sus estrategias. Su autoproyección, se encuentra limitada, aún no logra verse a futuro de forma diferente sin utilizar las estrategias de regulación psicológica que le funcionan de manera momentánea.

Por otro lado, su capacidad de diferenciación es pobre, le cuesta reconocer al otro como un ser independiente y diferente que puede escoger no verla y amarla todo el tiempo. El recurso de la afectación, se encuentra limitado, pues a pesar de dejarse tocar por lo valioso y con sentido para ella en términos de su edad y etapa, parece ser poco duradero. Finalmente, la capacidad de entrega a su corta edad aún no está desarrollada. Se han encontrado huellas de sentido como sus relaciones interpersonales, las cuales son muy importantes para ella, el pertenecer a barras y al equipo de gimnasia olímpica, acercarse cada vez más a su familia y compartir con sus primos.

## DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

### *Consideraciones previas al inicio de los encuentros*

Actualmente Paciente A es una niña de 12 años que inicia la etapa de su adolescencia, vive con su mamá, su padrastro y su hermana de 1 año y medio, sin embargo mantiene una relación cercana con su padre, quien se volvió a casar y tiene un hijo, a quien frecuenta todas las semanas. Paciente A cursa primer grado de secundaria y desde finales del año pasado, ha venido estructurando estrategias de primer nivel como las autolesiones y desórdenes alimenticios. Estas surgen como intentos adaptativos de la Paciente A para distensionar su malestar psicofísico.

Cabe añadir, que en referencia a las autolesiones, estas también son utilizadas como una estrategia de segundo nivel, para llamar la atención de quienes la rodean, pues Paciente A es una niña inmersa en un contexto familiar complejo. Se ha logrado evidenciar la configuración de algunos rasgos de personalidad del modo de ser dependiente e histriónico que tienen ciertos comportamientos, actitudes, síntomas, experiencias subjetivas, emociones recurrentes y formas de relacionamiento que han resultado problemáticos para ella. Por esta razón, es posible decir que en este estudio de caso se han tenido presentes diversas áreas como la familiar, las relaciones socioafectivas y la personal.

Se ha entablado una relación terapéutica cercana, basada en la confianza y el respeto, donde los padres han sido partícipes del proceso, y han estado de acuerdo en que Paciente A participe en esta investigación, luego de haberles informado que la pretensión de su participación busca ampliar la comprensión del funcionamiento de su hija. Lo anterior, con el fin de realizar y describir un acompañamiento oportuno y efectivo a sus necesidades, dejándoles claro el manejo ético y confidencial de los datos obtenidos; lo cual queda consignado en el consentimiento informado que los padres firman de manera voluntaria. (Ver anexo 3)

A continuación se tendrán en cuenta algunas de las sesiones realizadas con la paciente, donde principalmente se abordan los primeros momentos del proceso, realizando un encuadre en el que se le explica de manera general el lugar, la duración y la frecuencia de los encuentros. Se evalúa el contexto seguro, encontrando la necesidad de fortalecerlo, pues se evidencian algunas debilidades en cuanto a sus redes de apoyo, nivel de impulsividad, riesgo de autolesiones y estrategias compulsivas como conductas bulímicas. También se lleva a cabo una evaluación y diagnóstico, hallando la estructuración de estrategias de primer nivel. Por esta razón, desde el principio se fomenta la motivación para el cambio y se hace especial énfasis en técnicas que le permitan reducir los síntomas encontrados, con el fin de que se desarrollen las habilidades y recursos necesarios para que Paciente A consiga regularse y controlarse para no aumentar las problemáticas percibidas.

#### *Desarrollo de las sesiones*

Los encuentros se llevan a cabo en el consultorio del terapeuta en condiciones ambientales favorables, las cuales facilitan el dialogo, la construcción de la relación terapéutica y la confidencialidad. No se estableció un número de encuentros específicos, sin embargo, hasta la fecha se han realizado 25 sesiones, donde 21 han sido con ella y 4 con sus padres. Cabe mencionar, que en el presente estudio únicamente se tendrán en cuenta algunos fragmentos de las sesiones mencionadas a continuación, ubicándose más en el terreno de lo investigativo que en el interventivo. De esta manera, las entrevistas fueron registradas a partir de las notas y recreación de la memoria del terapeuta (Ver anexo 1). Durante el desarrollo de las sesiones, la paciente se mostró amable, respetuosa y dispuesta, teniendo una actitud positiva con el presente estudio de caso.



## Sesión 1 (4 de septiembre de 2015)

La entrevista comienza después de establecer los acuerdos éticos, el encuadre terapéutico y algunos de los primeros momentos descritos previamente. Paciente A llega muy puntual a la sesión como de costumbre y manifiesta su malestar al sentirse inmersa en problemas con sus compañeras. En este sentido, menciona situaciones dolorosas que ella optó por no afrontar y resolver en su momento con una de sus compañeras. *“(...) el año pasado me decía cosas muy feas como perra, gorda, torpe y bruta. Además una vez en el bazar del Moderno me empujó y me caí, yo estaba con unos amigos y ellos se dieron cuenta de todo.”* Al preguntarle como resolvió esta situación, ella dijo *“quedándome callada, no le quise contar a nadie (...) Para no armar problemas”*. En este fragmento de la sesión, es posible evidenciar una de las preguntas orientadoras, que hace referencia a la manifestación de los rasgos dependientes en una niña de 12 años, donde ella permite maltrato tanto físico como emocional, con tal de evitar cualquier tipo de conflicto, mostrando características de sumisión y una angustia importante hacia lo que los demás puedan pensar o hacer con ella, temiendo profundamente considerar la posibilidad de que la abandonen o rechacen.

Al escuchar este tipo de situaciones vividas por Paciente A, surge en el terapeuta sentimientos de rabia e impotencia al ver que no pone ningún tipo de límite, sometiéndose a malos tratos. Cabe señalar, que el terapeuta intenta dejar de lado eso que siente, siendo muy prudente y no se lo dice a la paciente de forma directa, sino que intenta indagar el para qué y la frecuencia de este tipo de comportamientos, preguntándole: *“¿ha habido situaciones similares donde también has optado por quedarte callada y no contarle a nadie?”* Ante lo que ella responde *“si claro, varias, es más ella una vez me rasguño el cuello y tampoco le dije nada.”* *“¿para qué quedarse callada ante situaciones así?”* *“no sé, para no agrandar el problema, que le iba a decir (...)”*

Así mismo, Paciente A manifiesta algunos rasgos del modo de ser histriónico, al decir *“La verdad es que siento que tengo varios amigos, sobre todo por fuera del colegio, hasta hicieron grupos en whatsapp diciéndome ánimo Paciente A, tu puedes salir de esta. Niñas que no conocía me escribieron mensajes por Facebook, diciéndome que a pesar de no saber por lo que yo estaba pasando, siempre había una salida y esperaban que yo estuviera mejor. Y en el colegio todo el mundo sabía lo que me estaba pasando, era como famosa, la gente me apoyaba.”* En la medida en que Paciente A va refiriendo circunstancias como la anteriormente descrita, es posible evidenciar la necesidad y a su vez la satisfacción que siente al recibir a través de las redes sociales el apoyo y contención de los demás, siendo placentera la sensación de ser reconocida, validada y vista.

De esta forma, es posible observar cómo Paciente A relata situaciones donde hay una clara activación de los ciclos interpersonales que le resultan disfuncionales y actúan como base para el surgimiento de estrategias de afrontamiento, como las autolesiones. Ante esto, el terapeuta indaga el para qué de sus conductas autolesivas, encontrando que muchos de sus cortes son con el fin de no sentir hambre. Esto, va dando ciertas luces en cuanto la comprensión de la otra pregunta orientadora, que pretende dar cuenta de la estructuración de estrategias de primer nivel en la adolescencia.

Durante la sesión Paciente A muestra una preocupación importante entorno a su figura, reflejando una baja autoestima al decir: *“pues que como y me engordo, nadie quiere a las gordas (...) siento que si no soy flaca, nadie me va a mirar, ni a querer. Mírate a ti, eres súper linda y flaca, no creo que puedas entenderme. (....) no sé, es que uno ve a las cantantes y actrices y todas son divinas y súper flacas, uno tiene que ser así. Es más todas en mi curso son lindas y flacas.”*

El terapeuta utiliza como técnica terapéutica el dialogo socrático, donde a través de preguntas ingenuas y con cierta posición de ignorancia frente a lo que la

paciente le manifiesta, intenta, además de comprender su funcionamiento, resignificar algunas de sus creencias limitantes y ampliar su campo de posibilidades. *“si te entiendo bien, ¿quieres decir que todas en tu curso son lindas y flacas menos tú?” “¿y crees que alguien piense lo contrario?” “y si supieras, qué se te viene a la cabeza?”*. Encontrando así respuestas que logran que Paciente A se piense a sí misma de una forma distinta: *“algunas niñas del colegio puede que piensen que soy linda (....)”*.

Finalizando la sesión, se busca encaminar el dialogo socrático hacia el encuentro de objetivos terapéuticos a trabajar, razón por la cual el terapeuta le pregunta: *“y si nos imaginamos que estamos en la última sesión, ¿qué te gustaría haber logrado de estos encuentros?”* ante lo que ella responde *“me gustaría lograr sentirme bien, tener una buena relación con mis papás, estar tranquila, quererme más, dejar de cortarme y comer mejor.”* En este sentido, fue valioso haber logrado cierta claridad en lo que la paciente desea lograr, evidenciándose varias áreas que resultan motivadoras a la hora de entrar en un proceso de cambio, permitiéndose visualizarse en un mejor estado.

## *Sesión 2 ( 8 de Septiembre 2015)*

Paciente A llega puntual a la sesión y se muestra tranquila, pues dijo haber aclarado el problema con su compañera, hablando con ella. La sesión comienza abordando una de las preguntas orientadoras, que tiene que ver con la estructuración de las estrategias de primer nivel en la adolescencia, específicamente las autolesiones y las estrategias compulsivas como su conducta bulímica. En primera instancia, se retoma el tema de los cortes mencionados por ella en la sesión pasada, *“me alegra oír que todo salió bien. Sabes, me quede pensando en lo que me dijiste la sesión pasada acerca de los cortes, cuéntame un poco sobre esto.”* Ante esto, la paciente evidencia cierta ansiedad al tener que hablar sobre eso, resaltando el temor que tiene de que

sus papás se enteren, pues menciona que no quiere representar una carga adicional para ellos, ni que la regañen.

Ese temor fue aprovechado para aclararle que todo lo que se habla en la sesión se queda entre el terapeuta y ella, y que la única información que el terapeuta se ve obligado a transmitir a sus padres es cuando la vida de ella se encuentra en riesgo, pero que en caso de que eso ocurra, entre ambas determinarán la mejor manera de manejarlo. Así mismo, se le explicó que se tendrán algunas reuniones con sus padres, con el fin de darles algunas estrategias que faciliten la evolución del proceso, con el único objetivo de que ella se sienta bien. Esto, consiguió que se afanzara un clima de encuentro, en el que Paciente A sintiera más confianza y se soltara más durante la sesión.

Se continúa con un dialogo socrático con el fin de profundizar más en la pregunta orientadora recién mencionada, donde el terapeuta utilizó preguntas ingenuas e irónicas, con el fin de tener más claridad sobre la situación y le permitieran al consultante abrirse más y presentar sus problemas con una mayor comodidad. El siguiente fragmento refleja lo recién mencionado. *“¿cómo podrías describirme ese problema en el que te sientes metida?”* Ante lo que Paciente A responde: *“yo creo que mi problema es que estoy dejando de comer y eso no está bien ni es saludable porque yo sé que nuestro cuerpo necesita vitaminas, proteínas, minerales (...) etc y todo eso se consigue en la comida y si no como probablemente me enferme y me pasen cosas como las que me están pasando como que se me cae mucho el pelo, las uñas se me ponen muy frágiles, tengo constantemente sensación de frio y MUCHOS mareos por día o dolor de cabeza (....) Además sé que puedo quedar estéril o caer en enfermedades como bulimia o anorexia, porque tampoco es que sea normal vomitar.”*

El anterior fragmento muestra cómo la paciente A va logrando desplegar su capacidad de autocomprensión, mostrándose consciente de las consecuencias que

el uso de sus estrategias está trayéndole, especialmente en el terreno físico. Sin embargo, el terapeuta continua con el dialogo socrático, indagando el para qué continuar con esas conductas destructivas, encontrando un malestar importante en relación a su figura. *“no sé, es que no me siento bien con mi cuerpo, me siento gorda y quiero bajar de peso, yo sé que dejando de comer no es la solución para eso, pero no me gusta la comida del colegio y prefiero no comer que comer eso y ahora mi cuerpo se acostumbró a no comer o a vomitar lo que comía.”*

En este momento, el terapeuta centra sus esfuerzos en realizar preguntas poderosas hacia la motivación para el cambio, encontrando una actitud reflexiva, que hace que Paciente A piense en el momento en el que se sentía bien y tranquila, deseando volver allí. *“si la verdad es que en este momento desearía tener una máquina del tiempo y volver al día que decidí no comer y cambiarlo porque esto trae muchas consecuencias y es muy feo. Me hubiera encantado haberle hecho caso a todas las personas que me aconsejaron para no estar así en este momento, pero siempre he creído que nada es imposible, así que voy a esforzarme para curarme y no volver a caer en esto.”*

A partir de lo anterior, el terapeuta intenta reforzar su motivación para el cambio y le hace preguntas referentes a su sentido de vida, explorando qué es valioso para ella y qué sería aquello por lo que vale la pena luchar. *“me alegra mucho oír tus ganas de parar esta situación. Cuéntame qué es lo importante de cambiar?”*, encontrando que para Paciente A su familia, amigos y profesores, son huellas de sentido que la motivan a querer estar mejor; incluso llegando a pensar en el impacto que cambiar y recuperarse puede tener para otras compañeras que están pasando por situaciones similares. *“bueno, pues que como todas en el colegio ya saben, si me ven que estoy bien, pues algunas que yo sé que andan en las mismas, pueden ver que si se puede y poder estar bien también.”* Acá es posible evidenciar cierta movilización de la capacidad de afectación y entrega, donde el dirigirse a otros cobra un sentido importante.

Partiendo de lo anterior, la sesión finaliza continuando con una conversación socrática, que pretende abrir las puertas necesarias para la movilización de la capacidad de autorregulación, con el fin de que la persona consiga reducir síntomas que son presentados como motivo de consulta, nivelándose y sintiéndose auto eficaz. *“bueno pues empezar a comer saludable y entender que me tengo que querer a mí misma y estar conforme con mi cuerpo y definitivamente dejar de vomitar. Creo que tengo que seguir hablando contigo e ir donde un nutricionista para saber cómo comer saludable, para dejar de lastimarme.”* En general, la actitud de la paciente fue muy positiva y esto generó una sensación placentera y motivadora en el terapeuta, disparando sus ganas de apoyarla.

### *Sesión 3 (2 de Octubre de 2015)*

La paciente llega puntual a la sesión y sus niveles de motivación siguieron altos, mencionando que aún no la han podido llevar a la nutricionista. La sesión tiene como objetivo seguir indagando en ambas preguntas orientadoras e ir reduciendo los síntomas mencionados como motivo de consulta. A través del dialogo socrático se pretende ampliar sus posibilidades de alimentación, intentando modificar ciertas actitudes nocivas o creencias negativas que le impiden estar y sentirse bien anímica y físicamente. De esta forma, se pretende encontrar alimentos que disfruta o que ha dejado de lado por diversos motivos, intentando que ella consiga contemplar diferentes opciones. En este sentido, se construye de manera conjunta algunos ejemplos de alimentos que puede comer en las diferentes comidas, con el fin de que ella pueda ir empezando a modificar sus hábitos alimenticios y revisarlos mejor cuando tenga la cita donde la nutricionista.

El ejercicio anterior, permitió ver algunas de sus creencias entorno a la alimentación y su ideal de belleza, emergiendo temas concretos como el impacto e influencia que ha tenido en ella las páginas de *pro ana* y *pro mía*, donde el terapeuta

mediante preguntas ingenuas e irónicas, acepta de manera aparente la conducta insana del paciente, con el fin de que ella logre redefinir su problema como un verdadero problema.

Paciente A dice que gracias a una prima logro ser parte del grupo *ana y mia*, pero menciona que las metas impuestas en relación al peso que ella debía alcanzar eran muy elevadas para ella, evidenciando cierto nivel de frustración e insatisfacción al no poder cumplirlas. Además, en su discurso menciona cómo estas páginas utilizaban fotos de famosas que representaban iconos de belleza a alcanzar, las cuales eran modificadas a través de programas de computador, pues eran figuras extremadamente delgadas que no correspondían a la realidad. A lo largo de la sesión se continúa explorando sus creencias entorno a estos temas, con el fin de ampliar su mirada. *“¿Qué te hace pensar que son perfectas?”* ante lo que ella responde *“Pues todas las famosas que son súper flacas y tienen unos cuerpos divinos. Ponte a pensar que estas en un jardín lleno de rosas, ¿qué rosas escogerías las más bonitas o las más feas? (....) seguramente las más bonitas, no las que están dañadas y feas, así pasa en la vida real, todo el mundo va a preferir a las niñas flacas y lindas, pues a las gordas y feas nadie las quiere.”* Explicaciones como estas generan en el terapeuta, cierta resonancia afectiva, donde a veces suena tan exagerado lo que dice, que es como si estuviera buscando que se le diga lo contrario, con el fin de buscar atención. A su vez, se logra identificar la vulnerabilidad y riesgo en el que se encuentra la paciente, la cual parece aferrarse a metas y deseos ajenos, que sólo aumentan su sensación de frustración, no logrando centrarse y elaborar sus sentimientos y pensamientos con facilidad.

Por lo anterior, se sigue utilizando un dialogo socrático que pretende que Paciente A encuentre y se centre en sus aspectos positivos, descentrando su atención de las creencias limitantes que alimentan su malestar; consiguiendo que ésta pueda pensarse a sí misma de forma diferente en relación a cómo cree que los demás la perciben, haciendo énfasis en lo positivo. *“mmm tal vez dirían que soy*

*buena amiga, que soy alegre, que me preocupo por los demás, que les hago regalitos (...)*” El terapeuta intenta validar, reforzar y valorar aquellos aspectos positivos que ella logra identificar. De esta forma, preguntas ingenuas e irónicas terminan modificando ciertas actitudes entorno a sus creencias sobre la perfección y felicidad, intentando que ella logre pensar al ser humano como algo más allá de su físico. Finalmente, se le pide que como tarea escriba diariamente qué cosas positivas logra identificar en ella misma y en los demás, por pequeñas que suenen.

#### *Sesión 4 (14 de Octubre 2015)*

La paciente llega puntual a la sesión y se muestra muy contenta y en una buena disposición, el terapeuta sigue abordando las dos preguntas orientadoras (¿Cómo se evidencian rasgos de los modos de ser histriónico y dependiente en una adolescente? y ¿Cómo se estructuran estrategias de primer nivel (autolesiones y desórdenes alimenticios) durante la adolescencia?) para lo que se inicia revisando la tarea planteada en la última sesión, donde la paciente menciona varias situaciones en las que las demás personas fueron especiales, amables y solidarias con ella, así como también pudo identificar actitudes, comportamientos y detalles que ella tuvo con los que la rodean, lo cual la hizo sentir bien y especial. Esto tuvo como intención fortalecer su autoestima e ir desplegando su capacidad de autocomprensión, con el fin de que ella pudiera ampliar su manera de concebirse a sí misma en relación al mundo, a ella y a los demás, permitiéndole ver que no todo es negativo o desalentador.

Así mismo, las respuestas que Paciente A daba ante las preguntas realizadas fueron dándole claridad al terapeuta acerca de la manifestación de sus rasgos de personalidad dependiente e histriónica, *“no sé, mi profesora dice que yo me encargue de contarle a la gente que me cortaba y eso (...) como si ventilara a los 4 vientos toda mi vida (...) dicen que a veces hago disque muy “show”*”. Esto muestra como el funcionamiento de Paciente A intentaba llamar la atención de los demás,



buscando ser vista y tenida en cuenta. Del mismo modo, a lo largo de la sesión fueron emergiendo otros elementos referentes a la estructuración de las estrategias de primer nivel, específicamente las autolesiones y las compulsiones con la comida, como también se evidencian a continuación: *“que me he cortado, por ejemplo iba en muchos recreos del almuerzo con una amiga para no entrar a la cafetería y no tener que almorzar, ahí yo creo que varias sabían (...) la verdad si me dolía mucho, pero mi amiga siempre me decía que debíamos castigar al cuerpo cortándonos cuando comíamos algo muy engordador (...) me castigaba por las calorías que como, por ejemplo si me comía un chocolate que tenía 100 calorías, me hacía 100 cortesitos y así o pues les conté que a veces vomitaba para no engordarme, me sentía mal después de comer tanto”*. En esto, se percibe una conjunción entre su estilo de personalidad, la presión e influencia de su entorno social en la estructuración de las estrategias utilizadas para lidiar con su malestar interior.

Por otro lado, menciona su temor ante expresar su malestar a los demás acerca de las cosas que resultaban dolorosas o decepcionantes para ella con respecto a sus amigas, logrando identificar a partir del método socrático que detrás de su silencio hay un profundo miedo al rechazo, a no ser aprobada y querida. Esto, además pudo mostrarle a Paciente A como utilizaba las páginas de *pro ana* y *pro mia*, como una vía para desahogarse y para adquirir conductas que iban configurando dichas estrategias de primer nivel. Así pues, preguntas ingenuas e irónicas, cómo: *“y quedarte callada, te ha ayudado a que nunca nadie se moleste contigo?”* ayudaban a que Paciente A, pudiera resignificar las cosas y tener una mayor claridad frente a su funcionamiento; así como le ayudaron a ver el peligro y la poca confiabilidad de los contenidos y tips proporcionados en las redes sociales.

Así mismo, se exploran otros elementos con respecto a la estructuración de sus conductas alimentarias, donde el terapeuta intentó acompañarla y ayudarla a encontrar diferentes opciones, logrando ampliar sus estrategias para reducir los

síntomas, pues Paciente A muestra culpa al comer de forma excesiva, confesando que se había inducido el vómito.

De manera paralela, el dialogo socrático además permite que ella repiense el para qué cambiar, llevándola a que intente ver qué puede ocurrir a corto, mediano y largo plazo, con la intención de que ella se visualice de diversas formas, considerando el peor panorama que le puede ocurrir, *“la verdad no me quisiera morir, no quiero llegar a eso por mi culpa.”*, así como lo mejor que le puede pasar si cambia estas estrategias, *“bueno me sentiría mejor, mis papás no se preocuparían y mis amigas tampoco, me dejaría de sentir mal y seguro me concentraría más en las clases.”* A partir de los fragmentos anteriores, es posible ver cómo ella logra entrar en contacto con sus emociones y pensamientos al intentar imaginarse de diferentes maneras en estos escenarios. Se finaliza la sesión percibiendo a Paciente A con una consciencia de riesgo importante frente al uso de dichas estrategias, así como también logra tener una mirada más amplia frente a posibilidades más sanas de afrontar sus dificultades, y el para qué empezar a adoptarlas.

#### *Sesión 5 (28 de Octubre 2015)*

La paciente A llega puntual a la sesión, mostrándose comprometida y responsable con su proceso, pues lo primero que dice es que realizó las opciones de menú con ayuda de su mamá y además dijo haber probado nuevas cosas. A partir de esto, el terapeuta le reforzó su conducta y le aclaró lo importante que era compartirle estas opciones al nutricionista. Sin embargo, Paciente A dijo que no le había caído bien el profesional en nutrición al que fue, pues le dijo que tenía sobrepeso. Esto generó sensaciones de angustia en el terapeuta, pues teme que situaciones como esta refuercen y aumenten su auto percepción negativa, dificultando el proceso. Teniendo en cuenta dicha experiencia, el terapeuta le dice que hablará con su madre para hacer algunos ajustes frente a su alimentación en el colegio, evaluar la posibilidad de cambiar de nutricionista y se le dejó como ejercicio escribir registros de

cuándo come, qué alimentos consumió, identificando sus ingredientes y que de vez en cuando ayude a preparar los alimentos en casa.

Por otro lado, se explora su relación con la familia, encontrando cierta activación emocional por parte del paciente, quien expresa poca profundidad en sus relaciones familiares, llegando al punto de encubrir un golpe de parte del padrastro, evidenciando la manifestación de sus rasgos de personalidad dependiente, pues a pesar de justificar sus actos, hace todo por evitar un posible conflicto entre él y su mamá. *“pues sí, fue mi culpa, me lo merecía, no le hice caso y le saque la piedra, igual él se arrepintió me pidió perdón y no volverá a pasar, por favor no le cuentes a mi mamá te lo suplico”*. Adicional a esto, Paciente A siente que no pertenece a ninguna parte, se siente entrometida en su casa, cree que no le agrada a su padrastro y dice tener poca interacción con su mamá, pues ella está enfocada en su hermanita, trabajo y vida personal. Además, Paciente A logra percibir muchos problemas en la vida marital de su madre, aumentando la sensación de soledad y vacío en la paciente.

En relación a su papá, dice no compartir mucho con él, disfruta estar con las sobrinas de la esposa de su padre, quienes le introdujeron las páginas de *pro ana* y *pro mia*, influenciándola en la adopción de estrategias nocivas para su salud. Esta dinámica familiar, ha hecho que Paciente A sepa a quien acudir según sus necesidades, volviendo conveniente la relación con sus papás, logrando que ella consiga ver inconsistencia y poca firmeza por parte de ambos. El siguiente fragmento muestra lo recién mencionado: *“(....) yo siento que mi mamá no me escucha, no le importa nada de lo que yo digo, no sabe que siento, como que tiene cosas más importantes en las que pensar que estar conmigo, se la pasa trabajando o con mi hermanita y la verdad con mi papá pues es que no vivo con él, y pues obviamente no le voy a contar mis cosas, prefiero a una mujer, por eso termino hablando con mis primas, las de la familia de la esposa de mi papá.”* La sesión finaliza mediante

preguntas poderosas, que logran ver en Paciente A la importancia de los cambios que su mamá está teniendo en la manera en que la educa.

#### *Sesión 6 (11 de Noviembre de 2015)*

A lo largo de la sesión se sigue abordando la pregunta orientadora acerca de la estructuración de las estrategias de primer nivel, como las compulsiones con la comida y las autolesiones. Con respecto a esta última, Paciente A dice que una amiga le regaló una cuchilla y que a pesar de que no la quiere usar, la quiere tener. A partir del dialogo socrático, se intentó explorar el para qué quedarse con ésta, permitiéndole a la paciente pensar críticamente los beneficios y perdidas de guardarla; promoviendo su capacidad de reflexión, logrando que ella piense en sus experiencias pasadas y adelantándose a lo que puede pasar en el futuro. Esto, permitió que la paciente A hallará huellas de sentido, como el estar saliendo con alguien, lo cual le ayuda a dirigirse hacia opciones más significativas y asumir responsabilidad en situaciones donde se tiene la libertad de elegir.

La paciente relata aspectos de su vida interpersonal que le han sido dolorosos y difíciles de manejar, donde se sigue evidenciando una dificultad importante a la hora de poner límites y de no permitir actitudes y comportamientos que no le gustan; siendo evidente su temor a estar sola, mostrándose desesperada, sintiéndose dominada y anulada de cierta manera. Esto genera en el terapeuta rabia e impotencia frente a la pasividad de Paciente A a la hora de enfrentarse a dichas situaciones. Se cierra la sesión realizando un juego de roles, con el fin de modular y pensar formas para expresar su dolor e inconformidad a su amiga.

#### *Sesión 7 (Noviembre 23 de 2015)*

Paciente A llega a la sesión manifestando su angustia ante la impotencia de manejar sus diferencias con su amiga a la que quiere mucho y menciona reiteradamente en

las sesiones, dice que le duele su indiferencia, a pesar de haberle expresado su malestar y tristeza frente a su actitud. A través de un dialogo socrático, se abordan algunas situaciones dolorosas y de maltrato frente a ella, evidenciando sus rasgos de personalidad dependiente, pues en su discurso menciona como ella permite agresiones físicas y actitudes fuertes hacia ella como: *“que me dio una patada en la fila del almuerzo, que me rapo mi celular y no me lo quiso dar, después de que se lo pedí varias veces, siento que habla sobre mí y me mira feo”*. A lo largo de la sesión, se logra evidenciar como el apoyo y presencia del otro cobra vital importancia para poder ser en el mundo, llegando a permitir agresiones y malos tratos con el fin de evitar conflictos, siendo movilizada por el temor a ser rechazada o abandonada.

El dialogo socrático es utilizado como técnica terapéutica durante la sesión, con el fin de resignificar algunas ideas, luego de permitir ampliar el campo de posibilidades en la paciente, así como dejarle encontrar otras opciones de sentido a realizar, donde promueva el respeto, el buen trato y la postura de límites; sin dejar de ser aquella niña preocupada e interesada en el bienestar de los demás. Del mismo modo, se intenta descentrar su atención frente a este tipo de situaciones, permitiéndole pensar y encontrar diferentes estrategias a emplear para aliviar su malestar. A pesar de percibir malestar e impotencia en la paciente, la sesión finaliza en una tonalidad muy distinta, Paciente A se muestra positiva y no se evidencia ninguna dificultad que impidiera la realización del encuentro.

## MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

### *Raíces filosóficas de la logoterapia*

Cuando se habla de Logoterapia se habla de una escuela psicológica que emerge del pensamiento de Victor Frankl, quien integró el pensamiento de varios filósofos existenciales de la primera parte del siglo XX, así como de algunos postulados de la psicología humanista en su obra, originando una forma de hacer psicoterapia. El pensamiento de Max Scheler fue uno de los pilares que da origen al pensamiento y visión del mundo de Victor Frankl, Scheler, a su vez, fue discípulo de Husserl al igual que Heidegger y desarrolla el concepto de la fenomenología que representará la base epistemológica del humanismo, la cual invita a acercarse a la esencia de la persona, quien tiene una existencia particular, es decir como lo menciona Frankl (2001) apelar a la búsqueda y comprensión de lo humano a través de los fenómenos que le atañen a lo humano.

Por lo anterior, la logoterapia se ve altamente influenciada por Scheller en el planteamiento de elementos de especial importancia para el trabajo clínico como: “(...) la persona espiritual consciente e inconsciente, la visión de persona como centro de actos espirituales, los recursos noéticos de autodistanciamiento y autotranscendencia, los valores y la voluntad de sentido.” (Martínez, 2011, p. 2) De esta manera, el hombre tiene la capacidad de moldear su vida y tener la libertad de su espíritu para conseguir tomar distancia de su aparato psicofísico. Según Scheller (2001), como lo menciona Martínez (2011) el humor es un recurso humano poderoso para desplegar la capacidad de autodistanciamiento y hace mención a la capacidad de autotranscendencia que permite tener apertura al mundo.

Tanto Frankl como Scheller, entienden la apertura del hombre hacia el amor como un acto radical y primario a través del cual un sujeto logra abandonarse y compartir con otro sin que esto implique dejar de ser él mismo (Scheller, 1996). En relación a los valores y la voluntad de sentido, Frankl (1994) menciona que el ser humano está orientado como tendencia primaria hacia los valores y el sentido, en

lugar del placer, pues esto termina en frustración, mencionando que el placer es primariamente un efecto en lugar de una tarea a conseguir. La voluntad de sentido según Frankl (1994) es la tensión entre el ser y los valores, siendo esta tensión producto de la atracción de los valores en el ser, en lugar de una tendencia instintiva. Así mismo, hace énfasis en que es claro que si bien los valores atraen y motivan un comportamiento, no son, como los instintos, pulsionales. En terreno de responsabilidad y libertad, el ser se abre a los valores por decisión y se determina por su realización.

Por otro lado, Max Scheler influenció el pensamiento de Frankl en cuanto a su concepción acerca de la culpa, ésta es una situación límite dentro de la triada trágica (sufrimiento, culpa y muerte) que se entiende como una oportunidad de encontrar sentido mediante la reparación; además Scheller (2001) considera que si el arrepentimiento no consigue reparar lo que sucedió y de lo que es culpable, al menos es posible anularlo moralmente. En este sentido, el castigo sin expiación no brinda paz interior. En relación al dolor, dice que ningún hombre logra ser feliz por haber sentido dolor, pero éste, le permite encontrar sentido en el sufrimiento.

Martínez (2011) recuerda que Victor Frankl comparte posturas afines a Karl Jaspers, como su visión epistemológica, donde la realidad es captada de una manera ontológica, la crítica al reduccionismo en la comprensión humana, la defensa a la dignidad de la persona, la libertad, responsabilidad y la autodeterminación, donde el hombre se decide a sí mismo. Existe entonces un de qué de la libertad y un para qué de la libertad, donde están presentes el sentido y los valores, desplegados en el recurso espiritual de la autotranscendencia; el cual es necesario para no sumergir al ser humano en la incertidumbre y en la angustia, “Lo que el hombre es, lo es por la causa que él ha hecho suya” (Frankl, 2001, citando a Jaspers (s.f)). Frankl y Jaspers, también comparten la idea de que en un encuentro terapéutico, es necesario contar tanto con la unicidad y singularidad del consultante como con la del terapeuta, haciéndose necesaria la autenticidad en la comunicación y el mero

encuentro.

En palabras de Rudolf Allers (1959) se percibe el énfasis fenomenológico del pensamiento de Frankl frente a la comprensión de las personas: “Comprender el otro significado, justamente ver las cosas desde su “punto de vista”, llegar a representarse el mundo de la misma manera que él (...). Cada uno de nosotros vive, en cierto modo, en un mundo propio, por lo menos en la medida en que lleva “una existencia auténtica” (p.54). De esta forma, el pensamiento de Frankl se inclina en gran medida hacia la experiencia y vivencia directa de la persona, teniendo mucho cuidado de no realizar juicios de valor o partir de significados existentes previos a la experiencia con el otro (Martínez, 2013). En otras palabras, el terapeuta debe permanecer en incertidumbre sin sacar conclusiones o diagnósticos anticipados, sino entrar en un encuentro colaborativo donde ambos comprendan la experiencia vivida en términos físicos, emocionales, espirituales, cognitivos, entre otros; así como se preocupe por validar la experiencia emocional del otro, donde todas las perspectivas son válidas, parciales y por lo tanto padecen de cierta verdad. En este sentido, se invita al terapeuta a ampliar la consciencia del paciente, es decir tener la posibilidad de encontrar perspectivas más amplias y diferentes. Del mismo modo, influye en el pensamiento Frankliano el concepto de la libertad humana desarrollado por Allers donde la psicoterapia es vista como una educación para la responsabilidad.

Martin Buber es otro de los filósofos que presenta puntos de encuentro con el pensamiento de Frankl, como por ejemplo la libertad y espiritualidad, la relación dialogal y el encuentro existencial, tal como lo señala Buber (1998) “mi tú me afecta a mí como yo le afecto a él.” (p.57). Es decir que la idea que el terapeuta tiene del paciente le afecta a este, de la misma forma en que la idea que tiene el paciente del terapeuta le afecta a este.

Los anteriores filósofos fueron ejemplo de las influencias del pensamiento de Victor Frankl, el padre de la logoterapia que además de ser médico, neurólogo y psiquiatra también era doctor en filosofía, lo cual lo hacía gran conocedor de distintas



líneas de pensamiento, donde fue posible evidenciar a grandes rasgos que la filosofía de corte existencial y las posturas teístas fueron las que más influenciaron su obra.

### *Hacia una comprensión de los pilares básicos de la logoterapia*

La logoterapia concibe al hombre de manera integral, siendo tridimensional (somática, psíquica y espiritual) la última es la dimensión que caracteriza al ser humano y le pertenece. Martínez (2014) menciona los pilares básicos desde la logoterapia, el primero es la libertad de la voluntad, la cual es desplegada a través de la capacidad específicamente humana llamada el autodistanciamiento, donde el ser humano se permite verse a sí mismo, aceptarse, regularse y visualizarse de manera diferente. Frankl (1994) citado por Martínez (2014) menciona que se es libre frente a los instintos, la herencia y el medio ambiente. Cabe mencionar que existe un *de* que de la libertad y un *para* que de la misma. En este sentido, el ser humano es libre de aquello que lo condiciona y siempre que el ser humano se libera de algo es para algo y siempre es para buscar el sentido de la vida de manera responsable. De esta forma, el hombre es responsable de realizar sentido en su vida y de los valores que le otorgan significado a la misma. “(...) la responsabilidad puede entenderse como la habilidad de dar respuesta a las preguntas que plantea la vida y como la capacidad de asumir las consecuencias de las elecciones realizadas.” (Martínez, p.35, 2014).

La voluntad de sentido, tiene que ver con la autotrascendencia, pues el hombre apunta más allá de sí mismo hacia un sentido que debe ser descubierto. “En cuanto a la voluntad de sentido, esta no busca alcanzar el poder ni el placer, ni siquiera la felicidad, pues su interés es el encuentro de un argumento, una razón para ser feliz.” (Martínez, p.37, 2014) Por último, el sentido de vida es único e irrepetible para cada persona, brinda orientación, coherencia, unidad y propósito. El sentido de la vida es posible encontrarlo en cualquier circunstancia, el hombre siempre es libre para buscarlo. “En sí, el sentido de vida es la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una

situación particular o la vida en general, confiriéndole a la persona coherencia e identidad personal (Martínez, p. 38, 2014).

### *Caminos para alcanzar el sentido*

Existen tres vías para encontrar sentido, los valores de creación, donde el ser humano da algo o trabaja, los valores de experiencia, que tienen que ver con vivenciar algo o amar a alguien y los valores de actitud, donde se asume una postura frente al sufrimiento inevitable. En este sentido, los valores se hacen evidentes mediante situaciones, donde a través de ellos se vislumbra el sentido. (Martínez, 2014)

### *Aproximación a la comprensión de la adolescencia*

La adolescencia es una etapa crítica de transición entre la infancia y la adultez, en términos biológicos se entiende una transformación progresiva del crecimiento en talla y peso, la aparición de algunos caracteres sexuales secundarios y el desarrollo de glándulas sexuales. En las últimas instancias de esta transición (infante-adulto), pero antes de la adultez, los órganos sexuales terminan su proceso de desarrollo Paciente Atómico y funcional, y el cuerpo toma forma, alcanzando su peso y talla final (Almario, 2014). Si bien el crecimiento y desarrollo biológico se encuentra ya en estado adulto, la adultez no depende del desarrollo biológico sino de la sincronía entre el desarrollo biológico y psicológico adultos. De esta forma, se podría decir que en la adolescencia puede presentarse una crisis, en la medida en que hay una brecha entre el desarrollo biológico que se encuentra en furor y el desarrollo psicológico que está en espera de ser jalonado.

Emilio Romero (2005) explica la búsqueda del joven como un reto de conquistar seis lugares existenciales: un espacio en la vida productiva, un lugar en la jerarquía social, un rol y un status, un espacio en el interior de los otros, un lugar en la vida pública como ciudadano, un nuevo lugar en la familia, es decir que necesita volverse a ubicar y habitarse a sí mismo, encontrando su lugar en la intimidad. Por su

parte, Pintos (2006) menciona que el proceso de maduración de la capacidad auto-trascedente, va desde la vivencia centrada en el yo-recibir hasta lograr la vivencia basada en el tu-dar. "(...) el niño y el adolescente se encuentran ubicados en el polo de la vivencia centrada en el yo-recibir y la tarea existencial consiste en alcanzar una configuración de la identidad. Se describe al abandono como la angustia que acompaña a este periodo vital, por tratarse de un momento de alta dependencia de los demás" (p35).

Por otra parte, Bornstein (2005) Explica que cierto nivel de dependencia en la adolescencia resulta adaptativa y es normal, no obstante la dependencia teñida de ansiedad corresponde a una cuestión cuantitativa, donde el exceso de dependencia, suele dificultar el proceso de transición. Con ánimos de evitar sentimientos de ansiedad, es común que den respuestas menos adaptativas a los retos que este proceso de maduración implica, aumentando la probabilidad de que dependan en mayor medida al grupo de pares, evidenciando un estancamiento en el desarrollo de habilidades adaptativas y autonomía para desenvolverse en diversos contextos.

Según Steinberg y Silverberg, (1986), Zirkel, (1992) citados por Almario (2014) los adolescentes más o menos autónomos reflejan un tipo de dependencia a su grupo de pares, lo cual resulta útil para la transición de la dependencia familiar a la madurez adulta, pero los adolescentes muy dependientes tienen una alta intensidad y rigidez en su apego, lo cual implica un involucramiento importante en la identidad colectiva de un grupo o de un vínculo bastante fuerte hacia un mejor amigo. Esto refleja un cambio en la dependencia familiar a la dependencia de un amigo o grupo de pares. (Fiedlander et Siegel, 1990; Lapan y Patton, 1986) citados por Almario (2014).

Cabe mencionar que en la adolescencia hay una alta sensibilidad al rechazo y búsqueda de aprobación, hay una necesidad importante de ser aceptado, es decir hay un temor a ser rechazado. Según Winch (2013) citado por Almario (2014) algunos estudios reflejan que cuando un adolescente se siente rechazado por su

grupo de pares, se iluminan las mismas regiones del cerebro que se iluminan al sentir dolor físico o cuando se percibe riesgo de muerte. “(...) solo quien reconoce humildemente dicha influencia, puede tomar conscientemente una postura frente a ello y evitar convertirse en un “títere” del entorno social, en cuyo caso aplica el dicho “mi mayor fortaleza es reconocer mi debilidad.”” (Almario, 2014, p.69) La presión de grupo no es únicamente directa, con el fin de que la persona haga o diga algo, sino que también es indirecta, pues siente la necesidad de encajar, de ser aceptado y para esto termina por adoptar las mismas actitudes o comportamientos del grupo, aunque estos sean equivocados. (Trianes y Muñoz, 2007, citados por Almario (2014)).

### *Construcción de la identidad en la adolescencia*

A partir de lo anterior, resulta relevante mencionar la necesidad de configuración de la identidad en la etapa de la adolescencia, donde se hace necesario llevar a cabo una introspección que permita conocerse cada vez más a sí mismo, así como ir escogiendo creencias, costumbres, hábitos y valores a los cuales irse adhiriendo, para en últimas conformar un estilo de vida. “La personalidad en la infancia y en la adolescencia se encuentra aún en proceso de construcción y aunque solo podemos hablar de tendencia y no de rasgos de personalidad y por la misma razón en esta etapa la personalidad se muestra tan polifacética y cambiante, si podemos notar que algunas características tienden a ser más estables y constantes.” (Almario, 2014, p.49)

La configuración de la identidad no es un tema sencillo, por lo que cabe hacer énfasis en la existencia de ciertas ramas, que reflejan la multidimensionalidad del ser humano. Para este estudio de caso, es pertinente mencionar algunas de ellas como la identidad física, la pregunta por cómo soy a nivel corporal, pues esto resulta una de las grandes preocupaciones del adolescente, donde el egocentrismo característico de esta etapa de vida ayuda a que la persona sienta que todo tiene que ver con ella, que todos los demás están pendientes y la observan ya sea para

criticar o apreciar su apariencia. Los cambios corporales se dan de manera acelerada y esto toma tiempo asimilarlo y genera angustia. Por esta razón los adultos y padres deben tener cuidado en no pasar por alto estas sensaciones y preocupaciones en los jóvenes, pues en ocasiones las repercusiones que esto trae pueden ser desórdenes alimenticios como la anorexia y bulimia o diversos complejos que tienen que ver con la sobrevaloración de lo estético, donde los medios de comunicación se han encargado de alimentar la inconformidad con el propio cuerpo. “La identidad corporal implica un proceso de conciencia y auto-descubrimiento del cuerpo, de su nuevo tamaño, del desarrollo de la propiocepción y de las nuevas posibilidades que el mismo ofrece: sensoriales, motoras, etc.” (Almario, 2014, p.50)

Por otro lado, la identidad de personalidad, el cuestionamiento sobre la forma de ser en esta etapa vital, resulta importante a mencionar pues en la infancia y adolescencia la personalidad está en un proceso de formación, por lo que los padres y adultos juegan un rol importante si tenemos en cuenta que es el momento donde se van creando las bases que logran definir los rasgos más característicos de la personalidad.

#### *Personalidad como manifestación de la persona espiritual*

Desde el enfoque logoterapéutico y tal como lo afirma Frankl (1994) citado por Martínez (2014) persona es aquello que puede comportarse de manera libre, es la dimensión del hombre capaz de oponerse a cualquier posición, ya sea interna o externa. “(...) la persona es dinámica, es facultativa y se expresa fenomenológicamente a través de su organismo psicofísico en aquello que llamamos personalidad.” (Frankl, 1994c, p. 44, citado por Martínez, 2014)

En este sentido, la personalidad es la manifestación de la persona mediante el carácter, el temperamento y la libertad. El primero, hace alusión a las características adquiridas durante el crecimiento y las relaciones interpersonales, pues tiene que ver con la esfera social; el segundo, se relaciona con la esfera biológica, pues es la suma de las influencias biológicas que se heredan en la personalidad y el tercero

tiene que ver con las decisiones tomadas frente a lo heredado y aprendido, pues únicamente la libertad de elegir es lo que determina el destino. A partir de lo anterior, cabe mencionar a Frankl (1994) citado por Martínez (2014) “El hombre se decide, toda decisión es autodecisión y la autodecisión en todos los casos es autoconfiguración. Mientras configuro el destino, la persona que soy configura el carácter que tengo “se” configura la personalidad en la que me convierto.” (p. 45)

### *Oscilando entre la autenticidad e inautenticidad en la adolescencia*

En este sentido, cabe mencionar lo señalado por Martínez (2014) acerca de la personalidad, la cual puede moverse en el terreno libre, siendo auténtica, así como puede moverse en el terreno de la restricción, siendo inauténtica. La personalidad auténtica muestra apertura hacia el mundo, logrando hacer uso de su libertad, responsabilidad y capacidad de relacionarse, siendo consciente de lo propio y de las posibilidades del ser, y la personalidad inauténtica no refleja de manera adecuada lo que la persona de manera existencial puede ser y en términos de Spinelli (2005) la persona no consigue abrirse a mundo y a las cosas, permanece en las opiniones de los demás, nada le pertenece ni le es propio, no muestra compromiso y responsabilidad ante ningún proyecto.

Heidegger (1995) menciona que en la inautenticidad está la búsqueda permanente de novedades, caracterizada por una curiosidad superficial que se inclina por sumergirse en aquello que está de moda y dominado por los medios de comunicación, donde además según Cohn, (2002) y Cooper (2003) citados por Martínez (2011) señalan que “En la inautenticidad existe una tendencia a desvincularse de aquellos aspectos humanos que son amenazadores, confusos o incontrolables, una tendencia en donde la persona se dispersa en el “ellos” o en el “uno” de lo social, perdiendo lo que le es propio” (p.28). La personalidad según Acevedo (2003) citado por Martínez (2014) es “(...) lo heredado, lo heredado y lo aprendido, y lo decidido.” (p.46)

Almario (2014) hace referencia a las manifestaciones de la inautenticidad en

la adolescencia, hablando sobre la adaptación a lo que se espera de uno, es decir el comportamiento del adolescente y el niño se da a partir del deseo de llenar las expectativas de los demás, comportamientos que suelen ser reforzados por los adultos, sin necesidad de que entiendan el sentido y se identifiquen con ellos. Por otro lado, menciona la fuerza sugestiva del ambiente como segunda raíz de la inautenticidad, donde no sólo se debe responder a lo que alguien espera de uno, sino a lo que la sociedad y la cultura esperan de uno. “En otras palabras, mientras más se constituya el yo en un fiel reflejo del entorno, más parece borrarse la expresión única y singular del interno. Mientras mejor representante sea de la moda, menos distinguible se hace de los otros, menos se expresa alguien como “uno mismo” y más se transforma en “uno más”” (Almario, 2014, p.157).

Otro aspecto al que hace referencia Almario (2014) es la tendencia a la notoriedad, la cual refleja una búsqueda de aprobación y necesidad de admiración a través de actitudes y expresiones estereotipadas; lo cual muchas veces termina por producir rechazo o desprecio y por último hace mención al hambre vivencial, en coexistencia con una impotencia vivencial, donde la persona tiene un gran impulso vivencial, pero siente que su realidad no es apta para desplegar sus potencialidades. A partir de esto, Lersch (1971) señala que el adolescente puede sumirse en la autodestrucción, en búsqueda de sensaciones que consigan distraerlo o se termina aferrando a deseos y metas ajenas, en lugar de mirar las propias.

### *Estrategias de afrontamiento, una vía para la supervivencia*

Martínez (2014) señala que los rasgos de personalidad son una mezcla de temperamento y carácter que forman el aparato psicofísico de la persona, no obstante, en los trastornos de la personalidad dicha estructura psicofísica es rígida dificultando la expresión libre y auténtica de la persona.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que la personalidad inauténtica se sirve de estrategias de primer y segundo nivel para sobrevivir, pues normalmente funcionan y se mueven en el mundo evitando y huyendo que alcanzando y

persiguiendo fines y metas llenas de sentido y valores personales, lo cual resulta frustrante. Cabe aclarar que a pesar de que la persona se encuentre restringida en su personalidad, siempre puede cambiar, ya que su núcleo espiritual permanece intacto y sano (Martínez, 2011).

En este sentido, es posible ver como el verse envuelto en la angustia de dejar de ser, perderse en la vida y sentir sensaciones abrumadoras es algo desagradable e indeseable por lo que las personas se sirven de estrategias de afrontamiento, como la pasividad y actividad correctas e incorrectas para protegerse y defenderse de los estresores externos e internos, siendo intentos adaptativos ya sea en busca de distensión o compensación del malestar psicofísico, así como la persona espiritual busca de manera intencional dirigirse hacia valores y sentidos. “Las estrategias de afrontamiento hacen parte de la personalidad, cuando la personalidad se ha hecho rígida e inauténtica, las estrategias utilizadas no pueden adaptarse a las demandas, empeorando las cosas y retroalimentando la personalidad.” (Martínez, 2011, p.53)

La pasividad y actividad incorrectas de primer nivel son las estrategias primarias que son utilizadas para distensionar el organismo psicofísico, viéndose reflejada la voluntad de placer, donde hay una preponderancia biológica y en segunda instancia la manifestación de la dimensión psicológica como una reacción ante el malestar psicofísico o como un intento de la evitación del mismo. Así mismo, logran modificar sensaciones corporales y cambian la percepción subjetiva de la realidad rápidamente, percibiendo diferente la experiencia de ser en el mundo. En estas estrategias están las distintas maneras de automedicación como lo son las sustancias psicoactivas, las compulsiones como la comida, la masturbación, el sexo y las conductas autolesivas como autogresión, automutilación o inducción del vómito, la disociación y descargas de energía como la agresividad física. Lo anterior pretende disminuir la disforia que se siente cuando se está bajo estrés, ansiedad y culpa, por esta razón desde la logoterapia es indispensable abordar estas estrategias como primera medida. (Martinez, 2011)



La pasividad y actividad incorrectas de segundo nivel son estrategias de afrontamiento de la personalidad, donde están presentes pensamientos, comportamientos y formas de relacionamiento que también buscan la distensión del malestar psicofísico, viéndose reflejada la voluntad de placer y poder y resultan más elaboradas y complejas. En estas hay una preponderancia psicológica y en segunda medida se ve reflejada la dimensión biológica, logrando modificar la experiencia de la persona en el mundo o previniendo situaciones que dan pie a estados problemáticos. En estas estrategias se modifica en mayor medida el ambiente y las circunstancias, logrando una retroalimentación por parte del mundo que permite mantener la identidad defendida. (Martínez, 2011)

La actividad y pasividad correctas de tercer nivel son expresadas a través de los recursos espirituales, especialmente el autodistanciamiento, donde la persona consigue tomar distancia de sí misma, para monitorear y controlar los pensamientos y emociones. Esta capacidad puede verse en los recursos de la autocomprensión, donde la persona puede verse de manera crítica, asumiendo una actitud ante lo visto, logrando aceptar la sensación de amenaza experimentada y asumir la responsabilidad sobre su participación en aquello que le sucede. La capacidad de autorregulación, donde consigue oponerse a los mandatos psicofísicos que quieren distensionar el malestar o sufrimiento y por último, la capacidad de autoproyección, donde la persona puede verse de manera esperanzadora y distinta a futuro. (Martínez, 2014)

La actividad y pasividad correctas de cuarto nivel, hacen referencia a la autotranscendencia, donde el ser humano se dirige de manera intencional hacia algo o alguien significativo, mostrando una apertura y una capacidad de vincularse con los demás, logrando encontrar un sentido de vida. Esta capacidad se manifiesta a través de los recursos de diferenciación, donde se logra ser y estar en el mundo de manera individual, reconociendo al otro como un legítimo otro, la afectación, que es el recurso mediante el cual el ser humano logra impactarse y resonar emocionalmente

ante la presencia de valores y sentidos, sintiéndose invitado a movilizar la capacidad de entrega, que le permite la realización de un sentido. (Martínez, 2011, 2014)

### *Aproximación al modo de ser histriónico y dependiente*

Para el presente caso de estudio es importante hacer referencia a algunos aspectos del modo de ser histriónico, Martínez (2011) lo caracteriza por presentar rasgos actorales, cambian de emociones fácil y frecuentemente, suelen ser joviales, alegres y graciosos, y pueden tener cierto miedo al rechazo y cuando lo experimentan su alegría se traduce en tristeza o rabia. Este modo de ser es muy expresivo, impulsivo y exagerado en sus reacciones, no siempre lo que expresan corresponde a lo que sienten realmente, suelen tomar las decisiones desde la emoción en vez desde la razón. Estas personas suelen aburrirse con la cotidianidad, por lo que están en una permanente búsqueda de emociones novedosas. “Frecuentemente responden a pequeños estímulos con ira, llanto exagerado o pataletas irracionales logrando de esta manera mantener la atención que tanto temen perder.” (p.128)

Martínez (2011) señala que su pensamiento suele ser difuso, disperso y fantasioso les cuesta trabajo concentrarse y argumentar lo que dicen, no profundizan en sus reflexiones, no les gusta pensarse a sí mismos y les es difícil autodistanciarse para verse en relación o situación. Son sugestionables y cambian fácilmente de opinión según les convenga. Así mismo, les es complicado verse a futuro de manera diferente al presente, no tienen una idea muy clara de lo que son, prefieren permanecer en el mundo de la fantasía donde son el centro de atención, por lo que su capacidad de autoproyección es muy baja. Buscan ser admirados, reconocidos y sienten que los demás deben hacer lo que ellos piden, siendo insoportable el hecho de que la gente no gire a su alrededor.

Millon (2001) menciona que las personas con un modo de ser histriónicas no suelen resolver sus problemas, pidiendo siempre ayuda a los demás, pues buscar la independencia resulta muy riesgoso. “Mantener la dispersión del pensamiento, verse a sí mismo, aprender cómo funciona su forma de ser y desarrollar habilidades para

cambiar amenaza, con la pérdida de la atención que recibe.” (Martínez, 2011, p.129)

En este sentido, su nivel de autocomprensión suele ser bajo, pues les es difícil verse a sí mismos y enfrentar su soledad, razón por la cual se inclinan hacia los demás, sienten que solos no pueden enfrentar fácilmente al mundo. “Le preocupa su imagen y lo que los demás piensen de él, siendo su cuerpo una gran preocupación pues el mismo es un vehículo para lograr la atención de los demás y por eso una valiosa arma que deben mantener brillante y adornada. Lo que hay detrás de su fachada corporal es pobre y la atención prestada al mundo interno escasa, no teniendo un sentido claro de su identidad y experimentando con fuerza la sensación de vacío existencial y de dependencia del otro como una forma de protegerse del vacío.” (Martínez, 2011, p.129)

Otro de los rasgos del modo de ser histriónico es su egoísmo, su manipulación, pasando con frecuencia por encima de los demás para obtener lo que quieren, además al ser tan calculadores aparecen de forma dramática y consiguen despertar culpa en los demás.

Es importante tener en cuenta que todos los seres humanos oscilamos entre uno, dos o más modos de ser, por lo que para la realización de este estudio de caso, resulta pertinente mencionar algunos elementos que caracterizan el modo de ser dependiente. Suelen ser personas solidarias, colaboradoras, siempre con ganas de ayudar a los demás, promueven el buen ambiente e intentan evitar el conflicto. No obstante, estas personas le temen a la soledad y por consiguiente al abandono, no se sienten capaces ni suficientes, por lo que están en constante búsqueda de aprobación y ayuda de los demás, sienten tanto temor y ansiedad que se les dificulta asumir responsabilidades y proyectos que les exijan cierto grado de independencia, haciendo más difícil la toma de decisiones y de iniciativa. Pueden llegar a verse como personas débiles, inútiles e incompetentes, autodescalificándose y suelen sobreestimar a los demás, considerándolos como personas fuertes y capaces. Lo anterior, complica el hecho de tomar postura y sostener sus opiniones personales.

Así pues, es posible ver como la vivencia de la desaprobación y el abandono resulta tan dolorosa, que estas personas llegan a culparse de actos que no han cometido o se someten ante los demás, dándoles siempre la razón, con el fin de evitar cualquier conflicto. (Beck 2005, citado por Martínez, 2011)

Las personas con este modo de ser, hacen todo por despertar sentimientos de lástima en el otro, incluso realizan favores no pedidos, anticipan los deseos de los demás, logrando satisfacerlos rápidamente, halagan, piden disculpas sin razón y buscan aprobación para que les digan si lo que dicen o hacen está bien. De esta forma, logran poner toda su atención y energía en el otro, nada les pertenece, sienten que no pueden ser sin la presencia, ayuda y seguridad que les transmite el otro, por lo que tienen las “antenas” prendidas para detectar una posible señal de abandono. Carcione (2003) citado por Martínez (2011) menciona que “En los momentos en que predomina el vacío, los sujetos consiguen pensar en ellos mismos: la cohesión del esquema corporal puede disminuir. En tales casos la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos (...)” (p. 172)

Teniendo en cuenta que para el desarrollo del presente estudio de caso se mencionaron algunos rasgos que caracterizan el modo de ser dependiente e histriónico, cabe mencionar la relación existente entre ambos. En el histrionismo resulta común encontrar rasgos del modo de ser dependiente, donde la persona suele ser muy confiada, sugestionable e influenciable por los demás. Es una persona que se muestra muy amigable, encantadora, extrovertida, sociable, y a ser muy servicial. Reacciona de forma exagerada ante los eventos donde sus emociones están implicadas, además está en una permanente búsqueda de admiración y según Millon (2001) busca de forma constante aprobación por parte de los demás, tendiendo a victimizarse para así conseguir aprobación y comprensión por parte de quienes la rodean. “(...) resuelve disputas y calma los ánimos por medio de la rendición y las concesiones, suele hacer las paces y evitar conflictos a como dé lugar, llegando a sacrificarse para ganar la atención de los demás y cargando una

sensación de inutilidad y baja autoestima.” (Martínez, 2011, p.140) En este sentido, es posible evidenciar que al depender de otros en cuanto a su mundo emocional, su mundo propio se hace escaso, les resulta incómodo e incluso los aburre entrar en contacto con sus pensamientos y sentimientos; por lo que buscan permanecer rodeados de personas, suelen manipular los ambientes para lograr protección, apoyo, seguridad y guía por siempre.

*Hacia una comprensión de los desórdenes alimenticios y las autolesiones como estrategias de primer nivel en la adolescencia:*

Para la realización del presente estudio de caso cabe profundizar en los desórdenes alimenticios, específicamente en la bulimia, así como también acerca de las autolesiones en la etapa de la adolescencia. Lozano (2012) menciona que la adolescencia es una de las etapas más vulnerables para desarrollar trastornos de alimentación en las mujeres entre los 12 y 25 años, donde muchas son caracterizadas por actitudes y comportamientos hacia el peso en pro de buscar los cánones de belleza impuestos por la sociedad y la presión social conlleva a que los adolescentes acepten o rechacen su imagen corporal, realizando dietas irresponsables con el fin de perder peso a toda costa. Según Edelstein (1999) citado por Lozano (2012) “La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas que, en algunos casos, da lugar a una enfermedad por dependencia.” (Lozano, 2012, p. 300)

Lozano (2012) señala que actualmente las dinámicas familiares han cambiado, hay un gran número de familias disfuncionales y desintegradas, presencia de divorcios y nuevas opciones, donde los padres han perdido la dirección del comportamiento de sus hijos, por lo que suelen adoptar sus conductas según

estereotipos sociales, que no se ajustan a su realidad, medios de comunicación y su grupo de pares. Cabe añadir, que para el adolescente es un duelo el abandonar la seguridad de la dependencia infantil, así como el asumir la ruptura de la imagen ideal de los padres.

Los adolescentes, al estar en una edad de fácil sugestionabilidad y vulnerabilidad están más expuestos a los contenidos de los medios de comunicación y redes sociales, siendo mayor el riesgo de desarrollar un desorden alimenticio, pues hay una mayor probabilidad de formar una percepción negativa sobre su cuerpo (Lozano 2012). En este sentido las redes sociales, su acceso inmediato y sus contenidos que resultan persuasivos y convincentes actúan como medios eficaces a la hora de transmitir y adoptar cierto tipo de estereotipos, logrando que dichas redes replacen la función y acompañamiento de los padres. “Los adolescentes que frecuentemente utilizan otros medios para diseñar su imagen personal, consideran que su mundo se reduce a su apariencia física y, por tanto, de ella depende su éxito social y personal.” (Lozano, 2011, p. 308).

La bulimia, se caracteriza por comer de manera acelerada, en grandes cantidades y en periodos cíclicos y recurrentes, generando un malestar físico y emocional, donde no hay pérdida de peso. Por esta razón, la persona acude a comportamientos inadecuados que intentan compensar lo que ha comido, como el vómito autoinducido, el consumo frecuente de laxantes y diuréticos, el dejar de comer de manera radical o el ejercicio excesivo. La persona suele ser consciente de que sus hábitos alimenticios no son saludables, por lo que siente ansiedad y angustia, acompañado de sentimiento de culpa, auto desprecio, vergüenza y depresión, llevándola a ser muy sensible en el área interpersonal así como impulsiva e intolerante (Lozano, 2012).

A partir de algunos estudios realizados a familias y adolescentes con trastornos alimenticios (Cook-Darzens et al, 2005, citados por Lozano 2012) se ha encontrado que la calidad del funcionamiento familiar es muy importante en el

proceso y resultado del trastorno, ya que las personas que padecen el trastorno alimentario perciben a sus familias como menos adaptables, unidas y carentes de una buena comunicación. Las familias de los bulímicos suelen ser padres divorciados o ausentes, donde los roles familiares no son muy claros, las madres pueden tener un carácter fuerte, ser directivas y sobreprotectoras y los padres suelen ser impulsivos e inmaduros. Los afectos pueden llegar a ser conflictivos, puede haber carencia de empatía parental, donde los padres se encuentran la mayor parte del tiempo fuera del hogar, provocando un abandono y descuido en la formación de sus hijos. “(...) los hijos adolescentes que están en búsqueda de su identidad, de su imagen personal y autoconcepto, necesitan ser atendidos, necesitan darle un sentido a su vida y elaborar un proyecto de vida; pero esa búsqueda la encontrarán en los amigos, en las redes sociales, que le servirán de modelos, que no siempre son los más adecuados y positivos para su vida. Y es en la adolescencia donde aparecen las primeras preocupaciones por la figura que, en ocasiones, se traducen en comportamientos nocivos para la salud que pueden desembocar en enfermedades como la anorexia y la bulimia.” (Lozano, 2011, p. 306)

Por otro lado, menciona que existe un grupo importante de adolescentes en el mundo occidental que se lastiman fuerte y deliberadamente. Según Ahmedieh (2015) “La autolesión es una manifestación objetiva de un estado patológico con un componente cultural. La autolesión tiene significados muy variados: culpa, expiación, control y poder, resistencia o alivio, como un rasgo de identidad vinculado a la somatización de la angustia, el dolor y el embotamiento emocional.” (p.20) En este sentido, es posible ver que los adolescentes recurren a autolesionarse como un mecanismo para aliviar y afrontar el dolor emocional a través del físico, donde detrás de esto se encuentra una búsqueda importante de afecto y manejo de sentimientos negativos. “(...) es un mecanismo aprendido y adaptativo para afrontar los traumas emocionales y los disturbios psicológicos” (Ahmedieh, 2015. p.20)

Ahmedieh (2015) menciona que la autolesión puede implicar una vivencia

problemática con alguno de los padres, así como también puede estar incluida en algunos cuadros psiquiátricos como la depresión, extrema ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos alimenticios, entre otros. Así mismo, señala que las autolesiones realizadas por los niños y adolescentes de hoy podrían estar estrechamente relacionadas con la sensación de soledad que pueden sentir al sufrir una crisis en las diversas instituciones en las que se encuentran inmersos como es el caso de la familia y al tener problemas o distanciarse afectivamente de sus familiares y pares, desencadenando dificultades a la hora de comunicarse. “(...) el aumento en la vivencia de la soledad que motivan un déficit de comunicación especialmente en los niños, los cuales crecen minusvalorando las palabras, el diálogo y el discurso con escasa o menos verbalización del pensamiento, y lo que es más importante de los sentimientos, basándose más en el “hacer” y menos en el “decir”, las nuevas tecnologías no han hecho sino exacerbar esta inclinación.” (p. 19)

En este sentido, también señala como los medios de comunicación y las redes sociales envían cada vez más mensajes de estética, moda y apariencia que se traducen en una presión para los adolescentes y en la búsqueda de su propia identidad terminan volviéndose esclavos y vulnerables de dichos contenidos. “(...) la tendencia en muchos casos es la soledad del adolescente (...) pasatiempos de ordenador en la que la persona interactúa consigo mismo exclusivamente, de este modo, este progresivo aislamiento tiene como consecuencia que algunos individuos más vulnerables o frágiles elevan su soledad a una carga insostenible llevando en ocasiones como resultado el utilizar sus propios cuerpos como verdaderos tableros de anuncios de sus frustraciones.” (Ahmedieh, 2015. p. 19-20)



## METODOLOGIA

### *Tipo de investigación: estudio cualitativo de caso único*

La investigación cualitativa surgió desde el nacimiento de las ciencias humanas y se ha mantenido durante el siglo XX. Es un enfoque que comprende diversas técnicas y orientaciones, así como una gran variedad de perspectivas de investigación (Vasilachis, 2006) que permiten comprender la realidad humana a través de procedimientos e instrumentos que se alejan de lo cuantitativo. No obstante, la diferencia entre la investigación cuantitativa y cualitativa no son únicamente los procedimientos metodológicos ni los instrumentos, sino la perspectiva epistemológica con la que se hace el análisis, el interés teórico que persiguen y la forma de aproximación conceptual a la realidad humana (Martínez, 2011).

Denzin y Lincoln citado por Vasilachis (2006) definen la investigación cualitativa como multimetódica, naturalista e interpretativa. Lo anterior significa que el investigador realiza una comprensión e interpretación de los fenómenos naturales. Así, el enfoque cualitativo busca interrogarse por la realidad humana y construirla conceptualmente a través de procesos descriptivos, interpretación de acciones y discursos y correlacionándolos con un contexto social amplio (Martínez, 2011).

La investigación cualitativa de estudio de caso se caracteriza por su énfasis en el ejercicio interpretativo, por su flexibilidad en su ejecución y la relevancia que ocupa el investigador (Stake, 2007). El estudio de caso es un análisis profundo sobre un individuo, grupo u organización para responder al planteamiento de un problema, probar una hipótesis o desarrollar una teoría (Martínez, 2011). Stake (2000) y Creswell (2005) citados por Hernández (2009) opinan que un estudio de caso debe tener triangulación de fuentes de datos, en donde se deben utilizar documentos, entrevista, observación, cuestionarios entre otros como herramientas de recolección de información.

### *Técnica: entrevista en profundidad*

El estudio cualitativo pretende obtener datos e información de los sujetos, ideas, creencias, emociones y vivencias manifestadas por el individuo a través del lenguaje (Hernández, Fernández y Baptista, 2009). De esta forma la entrevista surge como una relación entre paciente y terapeuta con el objetivo de obtener respuestas verbales y no verbales a los interrogantes planteados sobre el problema (Martínez, 2011). Debido a esta implicación mutua entre el entrevistador y el sujeto, entran en juego aspectos biológicos, socioculturales y comportamentales de ambas partes (Ruiz, 2012).

La entrevista es fundamentalmente cualitativa, ya que brinda la posibilidad de expresión, llevando a una mayor comprensión de las categorías que se pretenden investigar (Martínez, 2011). No obstante, la entrevista como método de investigación, puede adquirir diversos niveles según el grado de profundidad y precisión. Ésta puede ir desde las entrevistas con preguntas estandarizadas y estructuradas, hasta preguntas abiertas y en profundidad.

La presente investigación utilizará la entrevista etnográfica en profundidad. Martínez (2011) afirma que esta técnica tiene por objetivo profundizar un tema hasta el máximo, empleando diversos recursos y métodos para lograrlo. Se realiza a personas concretas en forma individual, es una técnica flexible, abierta e íntima, que incluso en muchas ocasiones puede tratar temas de manera confidencial (Martínez, 2011; King y Horrocks, 2010). De esta forma, la entrevista en profundidad es una técnica por la cual un individuo transmite oralmente su definición personal de la situación problema y de su realidad. Adicionalmente, este método de investigación que genera una situación que permite la narración de un aspecto de la perspectiva de la realidad de una persona (Ruiz, 2012).

### *Procedimiento: análisis fenomenológico-hermenéutico*

El análisis de los datos que surgen a partir de las entrevistas, para la presente investigación se pretende realizar un análisis fenomenológico- hermenéutico, el cual a través de una serie de elementos metodológicos, facilita el acercamiento al objeto de estudio (Husserl, 2012). El método fenomenológico- hermenéutico es una estrategia combinada que permitirá comprender a profundidad la complejidad de la realidad del sujeto. De esta forma, la presente investigación busca examinar la realidad tal como la experimenta el participante, a partir de la interpretación de sus significados, sentimientos, creencias y valores.

La palabra fenomenología viene del griego phainomenon o apariencia, y para Husserl (2012) es todo aquello que aparece a la conciencia. Este método es una aproximación a los fenómenos que aparecen en la conciencia. De esta forma, la fenomenología según Martínez (2011) busca la comprensión de los sujetos y de la realidad subjetiva, se preocupa por la comprensión de los fenómenos a partir del sentido que adquieren los objetivos para los actores sociales en su perspectiva del mundo. Así mismo, Escalante y Páramo (2011) afirman que el método fenomenológico permite al sujeto analizar la interpretación que un sujeto tiene sobre sus vivencias. Por otro lado, la hermenéutica busca descubrir los significados de las distintas expresiones humanas, como las palabras, los textos, los gestos conservando su singularidad (Martínez, 2011).

### *Población: sujeto Participante.*

La muestra del presente estudio de caso es intencional, es colombiana, de género femenino, con 12 años de edad, estado civil soltera, de estrato socioeconómico 6, estudiante de sexto grado de bachillerato.



## ANALISIS DEL CASO

A partir del análisis de la información obtenida en las sesiones con Paciente A, es posible evidenciar dos grandes categorías: la primera hace alusión a las estrategias de afrontamiento utilizadas y la segunda tiene que ver con la manifestación de los modos de ser en ella. Dichas categorías se originan de las preguntas orientadoras, por lo que a continuación se expondrán dos grandes capítulos: 1) manifestación de los modos de ser en la adolescencia. 2) Estructuración de estrategias de primer nivel (autolesiones y desórdenes alimenticios) en la adolescencia. Dentro de estos grandes capítulos, se hará referencia a algunas subcategorías que nacen de la información obtenida en las entrevistas con Paciente A y responden a los cuestionamientos planteados en un inicio (Ver Anexo 2).

### Manifestación de los modos de ser en la adolescencia

En referencia a la pregunta orientadora que pretende dar respuesta a la forma en que se evidencian los rasgos de personalidad histriónico y dependiente en una adolescente, es posible evidenciar en Paciente A una serie de situaciones y discursos que reflejan una personalidad que oscila entre ambos modos de ser a la hora de operar en el mundo.

#### *Vivencia del modo de ser histriónico*

En el discurso de Paciente A se reflejan rasgos del modo de ser histriónico, como por ejemplo “(...) *hasta hicieron grupos en whatsapp diciéndome ánimo Paciente A, tu puedes salir de esta. Niñas que no conocía me escribieron mensajes por Facebook, diciéndome que a pesar de no saber por lo que yo estaba pasando, siempre había una salida y esperaban que yo estuviera mejor. Y en el colegio todo el mundo sabía lo que me estaba pasando, era como famosa, la gente me apoyaba.*” La actitud llamativa y escandalosa que Paciente A mostraba, así como los mensajes de aliento

recibidos, correspondían a su búsqueda de atención que representa un llamado para que los demás se percataran de su existencia. El apoyo masivo recibido a través de las redes sociales, podría generar en Paciente A, sensaciones de engrandecimiento, haciéndola sentir importante, reconocida y vista por los demás.

De igual forma, en el discurso de la Paciente A se evidencian las acciones que realizó para hacerse visible frente a los demás. En donde Paciente A hace públicos sus actos auto lesivos y/o revela algunas de sus intimidades, “(...) *mi profesora dice que yo me encargué de contarle a la gente que me cortaba y eso... como si ventilara a los 4 vientos toda mi vida (...) dicen que a veces hago disque mucho show*”. El fragmento anterior, puede ser leído como intentos de llamar la atención, buscar afecto y ser reconocida por el otro.

Adicionalmente, Paciente A genera una dependencia por las opiniones de los demás como una respuesta de protección frente al vacío que puede experimentar. “*Yo veo que la gente se preocupa por mí y cuando mi curso supo que estaba pasando por un mal momento, todo el mundo estaba pendiente de mí, hacían de todo para ayudarme.*” Así pues, es posible denotar una dificultad para verse a sí misma y probablemente para enfrentar y manejar su sensación de soledad, siendo este un posible motivo por el que se inclina hacia los demás. Su cuerpo representa una gran preocupación y es un vehículo para lograr atención.

#### *Vivencia del modo de ser dependiente*

En el discurso de Paciente A se reflejan rasgos del modo de ser dependiente. Las situaciones en donde ésta utiliza la comunicación pasiva y deja pasar cosas que le resultan dolorosas o decepcionantes son frecuentes en su relato. Así pues, con el fin de evitar conflictos, Paciente A optaba por permanecer callada ante agresiones físicas y verbales: “*El año pasado me decía cosas como perra, gorda, torpe y bruta. Además una vez en el bazar del Moderno me empujó y me caí, yo estaba con unos*

*amigos y ellos se dieron cuenta de todo (...) lo maneje quedándome callada, no le quise contar a nadie (...) para no armar problemas".* Situaciones como esta, reflejan rasgos de sumisión y una profunda angustia por lo que los demás puedan pensar de ella, siendo el miedo al abandono una constante en su vida.

En general, a Paciente A se le dificulta expresar sus desacuerdos o puntos de vista, así como tiende a someterse ante decisiones ajenas con el fin de evitar enfrentamientos. *"(...) que me dio una patada en la fila del almuerzo, que me rapó mi celular y no me lo quiso dar, después de que se lo pedí varias veces, siento que habla sobre mí y me mira feo(....) pero enserio no la quiero meter en problemas, prefiero dejar las cosas así(...) que no me quiera, eso nunca me haría sentir bien."* Paciente A busca aprobación de forma constante, tiende a ubicarse en la posición de víctima, donde logra obtener atención de los demás. Todo lo anterior muestra como el afecto predominante en ella es la tristeza, al sentirse vacía y sola.

Paciente A expresa diversas situaciones en donde muestra su dificultad a la hora de poner límites como el episodio que tuvo con su padrastro. *"Bueno la verdad es que Richard (padrastro) se puso muy bravo conmigo (...) es que me pegó, pero bueno fue mi culpa él tenía razón (....) pues sí, fue mi culpa, me lo merecía, no le hice caso y le saque la piedra, igual él se arrepintió me pidió perdón y no volverá a pasar, por favor no le cuentes a mi mamá te lo suplico, igual solo fue esa vez."* El relato anterior, muestra como la paciente llega a justificar agresiones contra ella, identificándose como la única culpable y merecedora del maltrato. Dicho fragmento, es un ejemplo de cómo tiende a darle la razón a los demás, con el fin de evitar cualquier tipo de conflicto. Situaciones como la recién descrita disminuyen su autoestima y ayuda a que ella se ponga en una posición de inferioridad y sumisión frente al otro.

*"Pues yo creo que cuando uno quiere a alguien se tiene que aguantar esas cosas, es mejor o sino lo excluyen a uno (...) yo una vez vi un programa de unos*

*novios, ella se dejaba pegar porque lo amaba mucho y pues es mejor aguantarse esas cosas que lo dejen a uno.”* Esto, es una muestra de cómo Paciente A se percibe impotente, insuficiente e ineficaz sin la presencia del otro, tiende a ponerlo en una posición de superioridad y fortaleza frente a ella, siendo la justificación ante cualquier maltrato una vía para no vivenciar la soledad y abandono.

Adicionalmente, la frase *“ella se dejaba pegar porque lo amaba mucho”*, muestra cómo Paciente A tiene la creencia que cualquier acción es válida si hay sentimientos de amor, lo cual refleja el modo de ser dependiente, en donde es mejor una agresión física por parte de alguien más que estar solo. Así mismo, lo anterior se relaciona con la sensación de miedo hacia el abandono, a sentirse rechazada y a no pertenecer al grupo. Estas emociones se la disparan diversas vivencias, como la que se mencionará a continuación: *“(…) pues que ella hable mal de mí, que ya no quiera ser mi amiga, que mi grupo de amigas se dañe y me quede sola”*

#### *Expresión de la relación entre el modo de ser histriónico y dependiente*

Los seres humanos oscilan entre uno y dos modos de ser principalmente, por lo que es importante mencionar la manifestación de los rasgos del modo de ser dependiente e histriónico y su estrecha relación a la hora de acercarse a comprender una de las preguntas orientadoras. Paciente A es una niña que se muestra amigable, tiende a confiar fácilmente en los demás, le gusta hacer públicos algunos aspectos personales, llamar la atención de las demás de manera pasiva y activa, y parece susceptible a dejarse llevar. No obstante, pese a que en ocasiones se siente decepcionada, evita las disputas mediante la rendición. *“No mejor no decir nada, de pronto se ponen en mi contra o bravas conmigo, yo antes me desahogaba en las páginas de pro ana y pro mia, ahí la gente me entiende, como que uno encuentra que existen personas que se preocupan por lo que a uno le pasa, te apoyan, te escuchan y te dan consejos.”*



Es posible ver como Paciente A se moviliza por el profundo temor a no ser vista y a no ser querida por los demás. Por otro lado, siente la necesidad de victimizarse, hacer comentarios llamativos sobre su vida personal y estabilidad emocional, así sea de forma anónima o a desconocidos a través de las redes sociales, buscando de manera desesperada atención, ser escuchada y aprobada.

#### Estructuración de las estrategias de primer nivel (autolesiones y desórdenes alimenticios) durante la adolescencia

Al revisar la información para responder a la pregunta orientadora sobre cómo se estructuran estrategias de primer nivel en temas relacionados a autolesiones y desórdenes alimenticios en la adolescencia, es importante tener en cuenta que a pesar de la corta edad de Paciente A, se evidencian una serie de comportamientos, funcionamientos y discursos que van estructurando estrategias de primer nivel. Paciente A busca distensionar el malestar psicofísico que siente, siendo esto una alerta importante dada su edad, pues se muestra cada vez más vulnerable y restringida en la manifestación de sus recursos noológicos, así como en el despliegue de sus estrategias de tercer y cuarto nivel. Lo anterior, disminuye su consciencia de riesgo y capacidad de oponerse ante los mandatos psicofísicos.

A continuación se expondrán algunos ejemplos de los relatos de Paciente A que evidencian la estructuración de dichas estrategias de primer nivel.

#### *Creencias asociadas a las conductas autolesivas*

A través del relato de Paciente A es posible evidenciar sus constantes ganas por distensionar su malestar psicofísico a través de las autolesiones, las cuales pretenden modificar sus sensaciones corporales, con el fin de reducir la culpa y el poder sentirse diferente. *“Creo que no está tan bien, ella me regalo una cuchilla, pero ahí la tengo guardada (...) no sé, pero te prometo que no la voy a usar, pero la quiero tener ahí guardada (...)”* Relatos como este muestran la consciencia de riesgo que

Paciente A ha venido desarrollando frente al hecho de portar una cuchilla, con la cual se puede hacer daño; sin embargo, al guardarla se pone en un estado de tentación y vulnerabilidad importante. Es posible que Paciente A sienta que autolesionarse representa una forma de afrontar su sensación de malestar e inconformidad ante la presencia de una amenaza.

### *Creencias asociadas al desarrollo de desórdenes alimenticios*

En las conversaciones con Paciente A se evidencia poca percepción de riesgo frente a las consecuencias que conlleva una mala alimentación. La imagen estética es un aspecto prioritario en su vida, siendo posible percibir la influencia que los medios de comunicación y los parámetros de belleza impuestos por la sociedad tienen sobre ella *“(...) es que uno ve a las cantantes y actrices y todas son divinas y súper flacas, uno tiene que ser así. Es más todas en mi curso son lindas y flacas.”*. Dicho fragmento, es un ejemplo del tipo de creencias que Paciente A tiene sobre su preocupación por el peso e imagen corporal. Lo anterior puede traducirse en una búsqueda de aprobación y necesidad de admiración a través de actitudes y expresiones estereotipadas, dejando en evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentra Paciente A frente al riesgo de caer en conductas y actitudes autodestructivas para distraer su malestar emocional.

De igual forma, se evidencia la manera como aprueba y le da mayor importancia a los deseos y metas ajenas, que a los propios. *“(...) como y me engordo, nadie quiere a las gordas (...) siento que si no soy flaca nadie me va a mirar, ni a querer. Mírate a ti, eres súper linda y flaca, no creo que puedas entenderme.”* Su discurso puede ser un intento de ajustarse y adaptarse a lo que se espera de ella, movilizada por el deseo de llenar las expectativas de los demás, para así ser vista y reconocida.

Paciente A se muestra vulnerable y comienza a manifestar síntomas de dependencia psicológica y física en conductas nocivas para su salud como privarse de comer o vomitar luego de sentir culpa por haber consumido alimentos con un alto contenido calórico. Lo anterior, se evidencia al decir cosas tales como que su cuerpo ya se encuentra habituado a no comer o vomitar lo que comía. Adicionalmente, Paciente A refuerza dichas conductas a través de creencias limitantes e ideas rígidas como el decir que la comida del colegio no le gusta, que está gorda y que a las gordas como ella nadie las quiere. Lo anterior se puede observar en sus discursos: *“5 veces? Yo como dos. Eso es demasiado, me engordaría mucho”*

No obstante, a lo largo de las sesiones Paciente A refleja cierta preocupación y consciencia de riesgo sobre las consecuencias físicas que trae el desarrollo de un desorden alimenticio. *“Bueno pues que me sienta peor, que no me paren los dolores de cabeza, los mareos, los escalofríos, la debilidad en el cuerpo, que se me caiga el pelo y las uñas se me pongan más débiles y quien sabe que más cosas(...)”*

#### *Consecuencias de los desórdenes alimenticios y manifestaciones de la autenticidad e inautenticidad de la personalidad*

En ocasiones Paciente A refleja consciencia en su discurso sobre las consecuencias que trae el no alimentarse bien; evidenciando como su personalidad oscila entre la inautenticidad y la autenticidad. En este caso se manifiesta el terreno libre de su personalidad, que deja ver una apertura hacia el mundo, mostrándose consciente de lo propio y de las posibilidades de su ser. *“(....) en este momento desearía tener una máquina del tiempo y volver al día que decidí no comer y cambiarlo porque esto trae muchas consecuencias y es muy feo. Me hubiera encantado haberle hecho caso a todas las personas que me aconsejaron para no estar así en este momento, pero siempre he creído que nada es imposible, así que voy a esforzarme para curarme a no volver a caer en esto.”*

No obstante, a pesar de que en ocasiones Paciente A se muestra consciente frente a las consecuencias físicas que trae su actitud irresponsable en relación a su alimentación, evidenciado en su culpa y preocupación por su bienestar; su discurso y comportamiento resulta ambivalente, pues sigue privándose de comer y refuerza dicha conducta. Lo anterior, es una manifestación de cómo su personalidad también se mueve en el terreno restringido, donde no logra ser a la manera existencial, permaneciendo en las opiniones ajenas, donde pareciera que nada le pertenece a ella realmente, ni le es propio, denotando así una falta de compromiso y responsabilidad frente a su salud y bienestar. *“(...) me están dando muchos mareos y sueño en clase, eso hace que no me concentre mucho en clase.” “Además sé que puedo quedar estéril o caer en enfermedades como bulimia y anorexia, porque tampoco es que sea normal vomitar.”*

#### *Influencia de las redes sociales en las autolesiones y desórdenes alimenticios*

Las redes sociales incidieron en gran medida en la manifestación de estrategias de primer nivel (autolesiones y desórdenes alimenticios), pues a través del discurso de Paciente A se logra vislumbrar la influencia por parte de los contenidos de páginas como *pro ana* y *pro mia* en la estructuración de dichas estrategias. Estas páginas intentan inspirar a niñas adolescentes mediante fotos de actrices y modelos editadas, convirtiéndose en iconos de belleza ideal a seguir. Cabe mencionar que Paciente A resalta que *“cualquier persona del mundo puede publicar, hay gente de México, Argentina, España y uno puede chatear con estas personas.”* Esto muestra el peligro que el contenido expuesto en estas páginas puede implicar para la salud y bienestar de quienes las siguen, pues está siendo escrito por cualquiera y se encuentra al alcance de todo el público.

En dichas páginas de internet se alaban de manera constante figuras extremadamente delgadas, resaltando sus huesos, lo cual lleva a que muchas adolescentes desarrollen una percepción negativa sobre su cuerpo y por ende una

frustración al no alcanzar los cánones de belleza establecidos. *“Ana y Mia me enseñaron muchos tips que me metieron en problemas... los de castigarme con los cortes cada que comía algo que no debía o cuando no alcanzaba las metas y eso.”*

Es posible observar como estos mensajes de estética, moda y tips resultan peligrosos en la medida en que todos están encaminados a alcanzar un estándar de belleza y apariencia que no es saludable. Estos mensajes terminan por traducirse en una presión para Paciente A y muchos adolescentes más. Así, es posible ver como en la búsqueda y construcción de su propia identidad Paciente A se convierte en una esclava de dichos contenidos y se vuelve vulnerable ante los mismos al desarrollar diversas estrategias de afrontamiento que apuntan a deteriorar su bienestar y salud. *“no pues ponían tareas muy difíciles de cumplir, yo nunca logre bajar al peso que ellas ponían. Además seguíamos modelos como las gemelas Olsen que son divinas, pero pues es muy difícil llegar a ser como ellas. Aunque yo creo que sólo la gente que es perfecta la quieren y logra ser feliz.”* A partir de lo anterior, se hace explícito el riesgo elevado de adquirir hábitos nocivos para su salud física y emocional, volviéndose cada vez más vulnerable y propensa a desarrollar un trastorno alimenticio.

#### *Relación entre autolesiones y desórdenes alimenticios*

*“(...) bueno es que yo a veces me corto para no sentir hambre”* esto evidencia como Paciente A parece encontrar una serie de beneficios al autolesionarse como el evitar sentir la ansiedad de comer luego de experimentar el dolor físico. A lo largo de su discurso, es posible notar la manifestación de estrategias de primer nivel como las compulsiones con la comida, el vómito auto inducido y los comportamientos autolesivos como vía para disminuir la disforia que siente cuando está bajo situaciones de estrés, tristeza, ansiedad o culpa. *“Que me he cortado, muchas veces para castigarme por las calorías que como, por ejemplo si me comía un chocolate que tenía 100 calorías, me hacía 100 cortesitos y así, o pues les conté que a veces*

*vomitaba para no engordarme, me sentía mal después de comer tanto.*” No obstante, cabe aclarar que en algunas ocasiones, sus autolesiones pueden ser vistas como una estrategia de segundo nivel, en su intento desesperado de llamar la atención de los demás.

### *Vivencia de la situación familiar*

La dinámica familiar de Paciente A puede tener una incidencia en la manifestación y estructuración de estrategias de primer nivel como las autolesiones y desórdenes alimenticios a tan temprana edad. *“(...) yo siento que mi mamá en este momento no me entiende, no me escucha nada de lo que le digo, es como si no le importara (...) Ella ya tiene suficientes problemas con su esposo y trabajo.”* De esta forma, los afectos pueden llegar a ser conflictivos y su discurso muestra una carencia de empatía parental, donde los padres se encuentran la mayor parte del tiempo fuera del hogar o concentrados en sus vidas personales, provocando un abandono y descuido en la formación de Paciente A.

Así mismo, es posible ver una relación poco profunda y pobre a nivel de confianza, pudiendo percibir dolor por parte de ella al referirse a sus padres como personas que poco la conocen, entienden y apoyan en los momentos que ella más los necesita. Paciente A manifiesta que cada uno prioriza otras cosas antes que estar pendientes de ella, sintiéndose una carga para ellos. *“(...) no quiero seguir siendo un problema para ella (...)”* En este sentido, ella pide ser reconocida y escuchada entre líneas, vivenciando cierto abandono y desinterés por parte de su familia. *“(...) pues mi papá me recoge algunos días después de los ensayos de gimnasia, algunos fines de semana voy allá, pero hablo muy poco con él, no me gusta contarle mucho mis cosas, él siempre está en su cuento....no estoy mucho con él, él exagera todo, prefiero no contarle nada (...).”*

Es claro como Paciente A percibe poco sentido de pertenencia en su entorno familiar, pues manifiesta que cuando consigue tener mayor acercamiento en términos emocionales con su mamá, su padrastro suele ser poco cuidadoso con sus comentarios, no se muestra amable con ella y la hace sentir que no la quiere mucho, interponiéndose en la relación. Esto, termina por aumentar el aislamiento y retraimiento de Paciente A en casa. *“(...) lo único es que por la noche estaba acostada en la cama con ella y Richard (padrastro) pensó que yo estaba dormida porque tenía los ojos cerrados y le dijo súper bravo a mi mamá que yo me tenía que ir de la cama, que no le gustaba que yo estuviera ahí.”* Así pues, se logra evidenciar el malestar de Paciente A frente a su padrastro, a quien le permite agresiones verbales y físicas, aunque paradójicamente intenta justificarlo. En su discurso refleja de forma constante los celos que siente por sus hermanastros, manifestando que sus padres centran su atención en ellos, lo cual lleva a Paciente A a utilizar diferentes estrategias para ser tenida en cuenta. *“(...) enserio yo no creo que me quiera, siempre me regaña, solo le pone atención a mi hermanita, yo por eso me encierro en mi cuarto y me meto en el computador.”*

Paciente A se muestra repetitiva frente al poco dialogo que tiene con sus padres, resaltando que lo emocionante de ir a la casa de su papá es estar con las sobrinas de la esposa, las cuales le han introducido las páginas de *pro ana* y *pro mia*. Del mismo modo, Paciente A percibe a sus padres como figuras poco consistentes y firmes a la hora de educarla y acompañarla en sus procesos socioemocionales. Lo anterior, hace que ella aprenda a manejar a sus padres según su conveniencia. *“Porque yo sé que me salgo con la mía siempre, mis papás no están muy alineados, uno va aprendiendo como es con el uno y con el otro (...) si pues que yo sé que puedo conseguir o pedirle a cada uno, cuando uno me dice que no a algo, yo sé que por el otro lado puedo conseguir el sí (...) mi mamá digamos siempre termina cediendo.”*

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El presente estudio de caso, trata sobre una adolescente de 12 años que a través del discurso obtenido luego de hacer una serie de entrevistas a profundidad, permite vislumbrar la manera en que se manifiestan los modos de ser histriónico y dependiente, así como la forma en que se estructuran estrategias de primer nivel como las autolesiones y los desórdenes alimenticios en ella. A continuación, se realizará una discusión basada en las categorías de análisis, las cuales serán relacionadas y contrastadas con la revisión teórica realizada. Este análisis permitirá la comprensión del fenómeno que manifiesta la participante, la influencia de la estructura familiar y las condiciones que su contexto representan.

A partir de los relatos de Paciente A se construyeron dos grandes categorías. La primera hace alusión a la manifestación de los modos de ser en ella y la segunda tiene que ver con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Estas categorías fueron analizadas en dos grandes capítulos, los cuales dan cuenta de las preguntas orientadoras. En cuanto a la pregunta que pretende revisar cómo se evidencian los rasgos de los modos de ser histriónico y dependiente en una adolescente, fue posible identificar la vivencia del modo de ser histriónico, la vivencia del modo de ser dependiente y la expresión de la relación entre ambos modos de ser.

La segunda pregunta orientadora busca comprender cómo se estructuran las estrategias de primer nivel, específicamente las autolesiones y los desórdenes alimenticios en la Paciente A. En lo que se refiere a este tema, se evidenció que las creencias de la paciente estaban asociadas a las conductas auto-lesivas y al desarrollo de desórdenes alimenticios.

Concluida la revisión teórica que guió la presente investigación, se hace necesario analizar los hallazgos obtenidos con la paciente a partir de la teoría



revisada. Para aproximarse a la respuesta a la primera pregunta orientadora, es importante referirse al entorno y escenario terapéutico, así como la relación que se estableció entre paciente y terapeuta. Buber (1998) menciona que las ideas y creencias que el terapeuta tiene del paciente afectan a éste último, de la misma forma en que la idea que el paciente tiene del terapeuta afecta la forma en que el paciente percibe al terapeuta. Ahora bien, es importante mencionar cómo las manifestaciones de los modos de ser histriónico y dependiente han sido conocidas en un escenario terapéutico y han estado mediadas por la representación que la terapeuta tiene de la joven y la creencia que la joven paciente tiene de su terapeuta.

A lo largo de las sesiones, el lenguaje verbal y no verbal de la paciente A muestra rasgos actorales. En una de las sesiones la participante le comenta a su terapeuta: *“Hasta hicieron grupos en whatsapp diciéndome ánimo Paciente A, tu puedes salir de esta. Niñas que no conocía me escribieron mensajes por Facebook, diciéndome que a pesar de no saber por lo que yo estaba pasando, siempre había una salida y esperaban que yo estuviera mejor. Y en el colegio todo el mundo sabía lo que me estaba pasando, era como famosa, la gente me apoyaba”*. Lo anterior evidencia cambios de emoción, exageración en las reacciones emocionales, actitud jovial, miedo al rechazo, necesidad de reconocimiento o admiración, y búsqueda permanente de emociones novedosas (Martínez, 2011).

Así pues, la paciente A mostró rasgos del modo de ser histriónico a través de dos vías, de contenido y de forma. Al hablar del reconocimiento y de la atención que obtuvo a través de las redes sociales por medio de mensajes de aliento, corresponde a un llamado para que los demás se percataran de su existencia. En este sentido, el apoyo masivo que recibió la paciente a través de las redes sociales, podría generar en ella sensaciones de engrandecimiento, reconocimiento pertenencia a un grupo.

De igual forma, el discurso de la paciente A evidencia acciones realizadas con el fin de hacerse visible frente a los demás, en donde hace públicos sus actos auto

lesivos o revela algunas de sus intimidades. “(...) *mi profesora dice que yo me encargué de contarle a la gente que me cortaba y eso (...) como si ventilara a los 4 vientos toda mi vida... dicen que a veces hago disque mucho show*”, este fragmento puede mostrar una búsqueda de afecto y de ser vista por el otro. Según Almario (2014), la paciente A camina hacia la construcción de su identidad guiada por el egocentrismo característico de esta etapa de la vida, el cual le hace sentir que todo está vinculado a ella y que los demás la observan para criticar o apreciar su apariencia. De igual forma, cuando la paciente refiere que su profesora la tilda de ventilar su situación, se alcanza a leer tanto reproche como goce.

La identidad adolescente que habita en la brecha entre el desarrollo biológico y psicológico, donde el primero jalona al segundo, le permite a la paciente comunicar a través de su cuerpo aquello que no puede decir con palabras. Cohn (2002) y Cooper (2003), citados por Martínez (2011) señalan que “en la inautenticidad existe una tendencia a desvincularse de aquellos aspectos humanos que son amenazadores, confusos o incontrolables, una tendencia en donde la persona se dispersa en el “ellos” o en el “uno” de lo social, perdiendo lo que le es propio” (P. 28). En el caso de A, se puede observar cómo ella queda atrapada en su necesidad de hacerse visible por el “ellos” a través de su cuerpo y sus comportamientos. No obstante, al lograrlo, queda el sinsabor implicado en la pérdida de ella misma.

La paciente A genera una dependencia por las opiniones de los demás como una respuesta de protección frente al vacío que puede experimentar. “*Yo veo que la gente se preocupa por mi y cuando mi curso supo que estaba pasando por un mal momento, todo el mundo estaba pendiente de mi, hacían de todo para ayudarme.*” Este fragmento extraído del discurso de la paciente A, refleja una dificultad para verse a sí misma y para enfrentar su sensación de soledad, siendo esta emoción un posible motivo por el que se inclina hacia los demás. Ahora bien, su cuerpo representa una gran preocupación y es un vehículo para lograr atención. “Lo que hay detrás de su fachada corporal es pobre y la atención prestada al mundo interno es

escasa, no teniendo un sentido claro de su identidad y experimentando con fuerza la sensación de vacío existencial y de dependencia del otro como una forma de protegerse del vacío” (Martinez, 2011, p.129).

En el discurso de la paciente A también se evidencian situaciones que reflejan rasgos del modo de ser dependiente, al utilizar reiteradamente la actitud y comunicación pasiva, dejando pasar situaciones que le resultan dolorosas. *“El año pasado me decía cosas como perra, gorda, torpe y bruta. Además una vez en el bazar del Moderno me empujo y me caí, yo estaba con unos amigos y ellos se dieron cuenta de todo (...) lo maneje quedándome callada, no le quise contar a nadie (...) para no armar problemas”*. Situaciones como ésta, reflejan rasgos de sumisión y una profunda angustia por lo que los demás puedan pensar de ella, siendo el miedo al abandono una constante en su vida. *“(…) en este modo de ser se claudica la existencia propia en pro de la existencia de otros, se aleja del propio centro, de su cuerpo y de su proyecto, generando un vacío existencial que intenta ser llenado con lo que cada vez más lo agranda o con otras estrategias que a mediano y largo plazo son nefastas.”* (Martinez, 2011, p.181)

Así mismo, con el fin de evitar conflictos, Paciente A optaba por guardar silencio ante agresiones físicas y verbales, mostrando su dificultad a la hora de poner límites. *“Bueno la verdad es que Richard se puso muy bravo conmigo... es que me pegó, pero bueno fue mi culpa, él tenía razón... pues sí, fue mi culpa, me lo merecía, no le hice caso y le saque la piedra, igual él se arrepintió me pidió perdón y no volverá a pasar, por favor no le cuentes a mi mamá te lo suplico, igual solo fue esa vez.”* El relato anterior muestra como la paciente llega a justificar agresiones contra ella, identificándose como culpable y merecedora del maltrato, además tiende a darle la razón a los demás con el fin de evitar cualquier tipo de conflicto. Según lo señalado por Beck (2005) citado por Martinez (2011) la vivencia de la desaprobación y del abandono son sentidas con tanta afectación que la persona llega a culparse de actos que no ha cometido o se someten ante decisiones ajenas.

Las situaciones anteriores disminuyen la autoestima de la paciente, en donde se encuentra en una posición de inferioridad y sumisión frente al otro, al auto-descalificarse y sobreestimar a la otra persona. Esto, puede evidenciarse en el discurso de la paciente A: *“Pues yo creo que cuando uno quiere a alguien se tiene que aguantar esas cosas, es mejor o si no lo excluyen a uno (...) yo una vez vi un programa de unos novios, ella se dejaba pegar porque lo amaba mucho y pues es mejor aguantarse esas cosas que lo dejen a uno.”* Paciente A se percibe impotente, insuficiente e ineficaz sin la presencia del otro, teniendo la creencia que cualquier acción es válida si hay sentimientos de amor. Ella tiende a poner a los demás en una posición de superioridad y fortaleza en relación a ella, siendo también la justificación ante cualquier maltrato una vía para no vivenciar la soledad y el abandono. *“(...) al percibir la distancia y las reacciones déspotas de las personas de quien se depende, surge el miedo y la sensación de vacío terrorífico que los invita a someterse nuevamente, mostrándole al otro que tiene el poder y aumentando así el maltrato.”* (Martínez, 2011, p.174)

En este sentido, es acompañada por la sensación de no sentirse capaz, ni suficiente, así como por el temor y la ansiedad. De esta manera, el afecto predominante en ella es la tristeza, al sentirse vacía, sola y no pertenecer a un grupo. Dichas emociones se la disparan diversas vivencias como la que se menciona a continuación: *“(...) pues que ella hable mal de mí, que ya no quiera ser mi amiga, que mi grupo de amigas se dañe y me quede sola”*. Como menciona Martínez (2011), al depender emocionalmente de otros, el mundo interno de la paciente A se hace escaso y resulta incómodo, por lo que suele manipular el ambiente para lograr protección, apoyo y seguridad.

De esta forma, se hace evidente como los modos de ser predominantes en la paciente A se interrelacionan. Las manifestaciones del modo de ser histriónico satisfacen el temor del modo de ser dependiente, en donde hay un miedo profundo a

la soledad y el abandono. La paciente A es una niña que se muestra amigable, tiende a confiar fácilmente en las personas, le gusta hacer públicos algunos aspectos personales, llamar la atención de forma pasiva y activa, y parece susceptible de dejarse llevar. No obstante, pese a que en ocasiones se siente decepcionada y no recibe la atención y apoyo que anhela, evita los conflictos mediante la rendición. *“No mejor no decir nada, de pronto se ponen en mi contra o bravas conmigo, yo antes me desahogaba en las páginas de pro ana y pro mia, ahí la gente me entiende, como que uno encuentra que existen personas que se preocupan por lo que a uno le pasa, te apoyan, te escuchan y te dan consejos.”*

Es posible ver como la paciente A se moviliza por el profundo temor a no ser vista y no ser querida por los demás. Además, siente la necesidad de victimizarse, hacer comentarios llamativos sobre su vida personal, buscando de manera desesperada atención y aprobación. “(...) resuelve disputas y calma los ánimos por medio de la rendición y las concesiones, suele hacer las paces y evitar conflictos a como de lugar, llegando a sacrificarse para ganar la atención de los demás y cargando una sensación de inutilidad y baja autoestima” (Martinez, 2011, p.140).

Las tendencias de personalidad de la paciente A oscilan entre el modo de ser dependiente e histriónico y son una mezcla de temperamento y carácter, que forman el aparato psicofísico de la persona, por lo que es posible ver en sus diversos comportamientos expresiones de la personalidad inauténtica sirviéndose de estrategias de primer y segundo nivel, como las autolesiones y desordenes alimenticios. Estas estrategias se van estructurando y tienen como objetivo distensionar el malestar psicofísico que siente, siendo esto una alerta importante dada su edad, pues se muestra cada vez más vulnerable y restringida en la manifestación de sus recursos psicológicos, así como en el despliegue de sus estrategias de tercer y cuarto nivel. Esto, disminuye su consciencia de riesgo y capacidad de oponerse ante los mandatos psicofísicos.

Según Ahmedieh, (2015) las autolesiones son la “manifestación objetiva de un estado patológico con un componente cultural. La autolesión tiene significados muy variados: culpa, expiación, control y poder, resistencia o alivio, como un rasgo de identidad vinculado a la somatización de la angustia, el dolor y el embotamiento emocional” (p.20) En el caso de la paciente A, es posible definir las autolesiones como una protección ante elementos estresores internos y externos con el fin de reducir la disforia, modificar sus sensaciones corporales y cambiar la percepción subjetiva de su realidad, lo que implica vivenciar de una manera distinta su experiencia de ser y estar en el mundo (Martinez, 2011).

No obstante, la paciente A tiene conciencia del riesgo que implica el autolesionarse. *“Creo que no está tan bien, ella me regalo una cuchilla, pero ahí la tengo guardada (...) no sé, pero te prometo que no la voy a usar, pero la quiero tener ahí guardada (...)”* Sin embargo, al guardarla se pone en un estado de tentación y vulnerabilidad importante, viendo en el objeto una posibilidad de afrontar su sensación de malestar e inconformidad ante la presencia de una amenaza. De esta forma, el cortarse se vuelve a ver como un mecanismo para aliviar el dolor emocional a través del físico, donde detrás de esto, se encuentra una búsqueda importante de afecto y manejo de sentimientos negativos “(...) es un mecanismo aprendido y adaptativo para afrontar los traumas emocionales y los disturbios psicológicos” (Ahmedieh, 2015. p.20)

Otra de las estrategias de primer nivel manifestada por la paciente A es la bulimia, desorden alimenticio que se caracteriza por comer de manera acelerada, en grandes cantidades y en periodos cíclicos y recurrentes. Lozano (2012) afirma que las personas con este trastorno acuden a comportamientos inadecuados para compensar los alimentos que ingirieron, a través del vómito autoinducido, el consumo frecuente de laxantes y diuréticos o el ejercicio excesivo. *“si hago muchas horas de ejercicio a la semana”* Carcione (2003) citado por Martinez (2011) menciona que “En los sentimientos en que predomina el vacío, los sujetos consiguen pensar en ellos

mismos: la cohesión del esquema corporal puede disminuir. En tales casos la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos (...)” (P.172)

Muchas adolescentes se muestran vulnerables a desarrollar trastornos de alimentación al buscar alcanzar cánones de belleza impuestos por la sociedad. En las conversaciones con la paciente A, se evidencia que la imagen estética es un aspecto prioritario en su vida, la cual se ha visto influenciada por los medios de comunicación y las redes sociales: “(...) *Es que uno ve a las cantantes y actrices y todas son divinas y súper flacas, uno tiene que ser así. Es más todas en mi curso son lindas y flacas.*” Este ejemplo muestra las creencias que tiene sobre la apariencia ideal.

Lo anterior, puede traducirse en una búsqueda de aprobación y necesidad de admiración, que evidencian la vulnerabilidad en la que se encuentra la paciente frente al riesgo de caer en conductas y actitudes autodestructivas. El siguiente apartado del discurso de paciente A muestra un intento por ajustarse a lo que se espera de ella con el fin de conseguir ser vista y reconocida. “(...) *como y me engordo, nadie quiere a las gordas (...) siento que si no soy flaca nadie me va a mirar, ni a querer. Mírate a ti, eres súper linda y flaca, no creo que puedas entenderme.*”

La fuerza sugestiva del ambiente repercute en la manifestación de la personalidad inauténtica, donde no sólo se debe responder a lo que alguien espera de uno, sino a lo que la sociedad y la cultura esperan de uno. “En otras palabras, mientras más se constituye el yo en un fiel reflejo del entorno, más parece borrarse la expresión única y singular del interno. Mientras mejor representante sea de la moda, menos distinguible se hace de los otros, menos se expresa alguien como “uno mismo” y más se transforma en “uno más”” (Almario, 2014, p.157).

En este sentido, la paciente A se muestra vulnerable y comienza a manifestar síntomas de dependencia psicológica y física en conductas nocivas para su salud, al privarse de comer o vomitar luego de sentir culpa por haber consumido alimentos con un alto contenido calórico. Lo anterior se evidencia al decir cosas tales como que su cuerpo ya se encuentra habituado a no comer. Adicionalmente, la joven refuerza dichas conductas a través de creencias limitantes e ideas rígidas que se hicieron evidentes durante las sesiones al decir que la comida del colegio no le gusta, que está gorda y que a las gordas como ella nadie las quiere. *“5 veces? Yo como dos. Eso es demasiado, me engordaría mucho.”*

No obstante, en su discurso la paciente A refleja cierta conciencia y preocupación sobre las consecuencias físicas que trae el desarrollo de un desorden alimenticio, evidenciando como su personalidad oscila entre la inautenticidad y la autenticidad. En este caso, se manifiesta el terreno libre de su personalidad, que deja ver una apertura hacia el mundo, mostrándose consciente de lo propio y de las posibilidades de su ser. *“Bueno pues que me sienta peor, que no me paren los dolores de cabeza, los mareos, los escalofríos, la debilidad en el cuerpo, que se me caiga el pelo y las uñas se me pongan más débiles y quien sabe que más cosas(....)”* tal como menciona Lozano (2012) la persona suele ser consciente de que sus hábitos alimenticios no son saludables, por lo que siente ansiedad y angustia, acompañado de sentimientos de culpa, auto desprecio, vergüenza y depresión, llevándola a ser muy sensible en el área interpersonal así como impulsiva e intolerante.

Se observa un discurso y comportamiento ambivalente, pues sigue privándose de comer y refuerza dicha conducta a pesar de comprender las consecuencias negativas que dichas conductas tienen sobre su cuerpo. Lo anterior, es una manifestación de cómo su personalidad también se mueve en el terreno restringido, donde no logra ser a la manera existencial. En términos de Spinelli (2005) permanece en las opiniones ajenas, donde pareciera que nada le pertenece a ella



realmente, ni le es propio, denotando así una falta de compromiso y responsabilidad frente a su salud y bienestar.

Almario (2014) expone que la configuración de la identidad en la adolescencia esta mediada por diversas ramas que reflejan la multidimensionalidad del ser humano. Una de las ramas es la identidad física, en donde la pregunta por cómo soy a nivel corporal resulta una de las grandes preocupaciones del adolescente, pues los cambios corporales ocurren de manera acelerada y esto toma tiempo asimilarlo, por lo que genera angustia. En ocasiones las repercusiones que esto puede traer son los desordenes alimenticios como la anorexia, bulimia o diversos complejos que se relacionan con la sobrevaloración de lo estético o la inconformidad con el propio cuerpo.

Adicionalmente, las redes sociales ejercen una influencia en la percepción y valoración que tienen los adolescentes de su cuerpo al mostrar a niñas adolescentes mediante fotos de actrices y modelos editadas como iconos de belleza ideal a seguir. Lo anterior, según Lozano (2012) lleva al desarrollo de una percepción negativa sobre su cuerpo y por ende a una frustración importante al no alcanzar los cánones de belleza establecidos. En el caso de paciente A, los blogs y redes sociales influyen tanto en la autopercepción y autoimagen como en la generación de estrategias de primer nivel: *“Ana y Mia me enseñaron muchos tips que me metieron en problemas (...) los de castigarme con los cortes cada que comía algo que no debía, o cuando no alcanzaba las metas y eso.”* Lo anterior, muestra la fuerte influencia de éstas páginas de internet sobre el funcionamiento, comportamiento y creencias de la Paciente A.

La joven relata que *“cualquier persona del mundo puede publicar, hay gente de México, Argentina, España y uno puede chatear con estas personas.”* Lo anterior, hace evidente el peligro que el contenido de estas páginas tiene para la salud y bienestar de la comunidad, pues está siendo escrito por cualquier persona y al alcance de todo el público. En este sentido, el acceso inmediato a la información y a

este tipo de contenidos representan un riesgo importante, pues actúan como medios eficaces a la hora de transmitir y adoptar estereotipos.

Así pues, el impacto que tienen las redes sociales sobre los adolescentes está reemplazando la función y acompañamiento de los padres, pues los jóvenes pasan su tiempo libre frente a un ordenador, interactuando mayoritariamente consigo mismos. “(...) este progresivo aislamiento tiene como consecuencia que algunos individuos más vulnerables o frágiles elevan su soledad a una carga insostenible llevando en ocasiones como resultado el utilizar sus propios cuerpos como verdaderos tableros de anuncios de sus frustraciones” (Ahmedieh, 2015, p. 19-20).

En la búsqueda y construcción de su identidad, Paciente A se convierte en esclava de dichos contenidos, mostrándose vulnerable y sugestionable ante estos, pues el seguir los tips expuestos en estas páginas la llevan a un deterioro de su bienestar físico y afectivo. *“no pues ponían tareas muy difíciles de cumplir, yo nunca logre bajar al peso que ellas ponían. Además seguíamos modelos como las gemelas Olsen que son divinas, pero pues es muy difícil llegar a ser como ellas. Aunque yo creo que sólo la gente que es perfecta la quieren y logra ser feliz.”*

Martínez (2011) señala que la pasividad y actividad incorrectas son las estrategias primarias utilizadas para distensionar al organismo psicofísico, en donde prima la voluntad de placer y hay una preponderancia biológica. Así mismo, se manifiesta la dimensión psicológica como una reacción al malestar psicofísico o como un intento de la evitación del mismo. *“(...) bueno es que yo a veces me corto para no sentir hambre”*, este fragmento evidencia como la paciente encuentra beneficios al autolesionarse, como el evitar sentir la ansiedad de comer luego de experimentar y centrar su atención en el dolor físico proporcionado por los cortes.

Ahora bien, es relevante mencionar la incidencia de la dinámica familia en la estructuración de estrategias de primer nivel. Estudios realizados con familias y

adolescentes con trastornos alimenticios (Cook-Darzens et al, 2005, citados por Lozano 2012) encontraron que la calidad del funcionamiento familiar es muy importante en el desarrollo del trastorno. Las familias de los bulímicos suelen ser padres divorciados o ausentes, donde los roles familiares no son muy claros, las madres pueden tener un carácter fuerte, ser directivas y sobreprotectoras y los padres suelen ser impulsivos e inmaduros. *“(...) yo siento que mi mamá en este momento no me entiende, no me escucha nada de lo que le digo, es como si no le importara (...) Ella ya tiene suficientes problemas con su esposo y trabajo.”* En el relato, se observa como la paciente A percibe un abandono y descuido por parte de su mamá, lo que está acorde con la teoría encontrada.

Igualmente, la paciente A describe a sus padres como personas que poco entienden y conocen sus estados emocionales, además manifiesta que cada uno prioriza otras cosas antes que estar pendientes de ella, sintiéndose una carga para ellos. *“(...) no quiero seguir siendo un problema para ella (...)”* En este sentido, ella pide ser reconocida y escuchada entre líneas debido al desinterés que siente por parte de su familia. *“(...) pues mi papá me recoge algunos días después de los ensayos de gimnasia, algunos fines de semana voy allá, pero hablo muy poco con él, no me gusta contarle mucho mis cosas, él siempre está en su cuento (...) no estoy mucho con él, él exagera todo, prefiero no contarle nada (...)”* A partir de lo recién expuesto, cabe señalar a Lozano (2011) *“(...) los hijos adolescentes que están en búsqueda de su identidad, de su imagen personal y autoconcepto, necesitan ser atendidos, necesitan darle un sentido a su vida y elaborar un proyecto de vida; pero esa búsqueda la encontrarán en los amigos, en las redes sociales, que les servirán de modelos, que no siempre son los más adecuados y positivos para su vida. Y es en la adolescencia donde aparecen las primeras preocupaciones por la figura que, en ocasiones, se traducen en comportamientos nocivos para la salud que pueden desembocar en enfermedades como anorexia y bulimia.”* (p.306)

En la etapa de la vida que la paciente A se encuentra viviendo, la familia se vuelve una red de apoyo en la construcción de su identidad y en la búsqueda de su proyecto de vida. No obstante, teniendo en cuenta que la paciente refiere sentirse sola y abandonada, sin una estructura familiar fuerte que la guíe en este proceso, surgen comportamientos nocivos para su salud, como las auto-lesiones y el desarrollo de desordenes alimenticios, como las compulsiones con la comida y el vomito autoinducido.

En una familia ausente como la de la paciente A, donde ella no siente que pertenece a ningún lado, las estrategias de primer nivel se convierten en un llamado desesperado de atención y búsqueda de afecto. En este sentido, es pertinente señalar a Almario (2014) quien hace referencia al concepto de identidad de personalidad, siendo de suma importancia la presencia de los padres o adultos en el proceso de formación y construcción de la identidad de los adolescentes. Pues se debe tener en cuenta que es el momento en el que se van creando las bases que logran definir los rasgos más característicos de la personalidad. “(...) *mis papás no están muy alineados, uno va aprendiendo como es con el uno y con el otro (...)* De esta forma, la paciente A percibe a sus padres como figuras poco consistentes a la hora de educarla y acompañarla en sus procesos socioemocionales.

Siguiendo con lo anterior, en su discurso se refleja de forma constante los celos siente por sus hermanastros, manifestando que sus padres centran su atención en ellos, lo cual la lleva a utilizar diferentes estrategias para ser reconocida y tenida en cuenta. “(...) *enserio yo no creo que me quiera, siempre me regaña, solo le pone atención a mi hermanita, yo por eso me encierro en mi cuarto y me meto en el computador.*”

En este sentido, las autolesiones y las compulsiones con la comida que la participante A presenta, pueden tener una relación estrecha con la sensación de soledad y la carencia de reconocimiento en las diferentes situaciones de conflicto

que vive la paciente con su familia y en el colegio. Por último, se observó como la paciente A consiguió comunicar a través de su cuerpo aquello que no pudo decir con palabras en tanto que no ha sido entendido a través del pensamiento. *“(...) el aumento en la vivencia de la soledad que motivan un déficit de comunicación especialmente en los niños, los cuales crecen minusvalorando las palabras, el diálogo y el discurso con escasa o menos verbalización del pensamiento, y lo que es más importante de los sentimientos, basándose más en el “hacer” y menos en el “decir”, las nuevas tecnologías no han hecho sino exacerbar esta inclinación”* (Ahmedieh, 2015, p.19).

Finalmente, es posible ver como las sesiones mencionadas en el presente estudio de caso, pretendieron abordar los primeros momentos del proceso psicoterapéutico. Los esfuerzos del terapeuta se encaminaron en fortalecer su contexto seguro, ya que se evidenciaron debilidades en cuanto a su red de apoyo, nivel de impulsividad, autolesiones y estrategias compulsivas como conductas bulímicas. Por esta razón, desde un comienzo se fomentó la motivación para el cambio, haciendo especial énfasis en técnicas que permitieran reducir los síntomas encontrados, para así desarrollar habilidades y recursos necesarios para la autorregulación y autocontrol de la paciente.

Así pues, teniendo en cuenta que la logoterapia concibe al hombre de manera integral, siendo tridimensional (somática, psíquica y espiritual). Siendo esta última la dimensión que caracteriza al ser humano. Martínez (2014), menciona los pilares básicos de la logoterapia: la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de vida. Estos tres pilares han sido trabajados a lo largo de las sesiones a través de diferentes técnicas. En diversos momentos se utilizó el dialogo socrático, el método fenomenológico, la modificación de actitudes y el método de percepción de sentido, los cuales pretendieron reducir los síntomas que se presentaron como motivo de consulta, avivar los recursos psicológicos, hacer consciencia y modificar

estrategias de afrontamiento por pasividades y actividades justas, trabajar el vacío existencial y aumentar la autoestima.

A pesar de que los padres fueron partícipes del proceso, se sugiere realizar una terapia sistémica, dadas las inconsistencias encontradas en ellos. Lo anterior, con el propósito de que ambos padres se apropien y responsabilicen en mayor medida de sus procesos personales y por consiguiente del proceso y la formación integral de Paciente A. Trabajar conjuntamente desde un apoyo sistémico permitirá cambiar y cortar algunas formas de relacionamiento entre los miembros de la familia.

Por otro lado, en el presente estudio de caso, únicamente se mencionaron siete sesiones de las 25 que se llevan hasta la fecha, en las que se ha continuado trabajando los aspectos anteriormente expuestos. Sin embargo, se sugiere que para aquellos interesados en seguir explorando los temas abordados en este caso, tengan presente la multidimensionalidad del ser humano. En donde la dimensión espiritual se convierte en una oportunidad importante para acompañar a las personas a hacerse libre frente a sus instintos, medio ambiente y herencia, siendo cada persona única, responsable de sus decisiones y de hallar sentido en su vida.

Identificar los modos de ser de la persona y sus respectivas estrategias de afrontamiento es de gran utilidad en el abordaje y comprensión del caso. Por lo anterior, se hace necesario ir más allá e ir a la individualidad y experiencia fenomenológica, la cual favorece que el otro pueda ser él mismo, mostrándose tal y como es, sin tener que luchar o huir ante alguna forma de amenaza.

## REFERENCIAS

- Ahmedieh, A. (2015) Tesis doctoral: Autolesiones en el medio penitenciario. Universidad de Extremadura.
- Allers, R. (1959). Existencialismo y Psiquiatría. Buenos Aires: Troquel.
- Bornstein, M. (2005) Infant and child development. (Art. "Parenting Matters"). – USA: Editorial John Wiley Et Sons.
- Buber, M. (1988). Yo y tú. Madrid: Editorial Caparros.
- Escalante, Carlos (1987) El problema y la hipótesis, Módulo 2, serie "Aprender a investigar" (Bogotá, ICFES).
- Escalante, E., Páramo, M., (2011). Aproximación al análisis de datos cualitativos. Mendoza: Editorial Universidad del Aconcagua.
- Frankl, V. (2001). Psicoterapia y existencialismo. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. (1994). Logoterapia y Análisis existencial. Barcelona: Editorial Herder.
- Heidegger, M. (1995). El Ser y el Tiempo. México: Ed. Fondo de cultura económica.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2009). Metodología de la Investigación. México. Editorial McGraw-Hill. Quinta Edición.
- Husserl, E. (2012). La idea de la fenomenología. Barcelona: Editorial Herder.
- King, N., Horrocks, C. (2010). Interviews in Qualitative Research. London
- Lersch, P. (1971) La estructura de la personalidad. Ed. Scientia – Barcelona, España.
- Lozano, Z. (2012). La Familia y Las Redes Sociales En Los Trastornos Alimenticios En Adolescentes de la Época contemporánea. In Cres. Vol. 3 N° 2: pp. 299-311, 2012
- Martínez, E. (2013) Manual de Psicoterapia con enfoque logoterapéutico. Bogotá: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Martinez, E. (2014). Coaching Existencial. Bogotá: Ediciones SAPS.
- Martínez, E. (2011). Los modos de ser inauténticos. Bogotá: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Martínez, J. (2011) Métodos de investigación cualitativa. Silogismo 8 (1), 2011 Julio – Diciembre

- Millon, T. Davis, R. (2001) Trastornos de la personalidad en la vida moder. Barcelona: Ed. Masson.
- Pintos, C. (2006). Cita a ciegas, Sobre la imprevisibilidad de la vida. Buenos Aires: Editorial San Pablo.
- Romero, E. (2005). Estaciones en el camino de la vida. El desarrollo de los afectos en las diversas etapas de la vida. Chile: Editorial norte-sur.
- Ruiz, J.I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Stake, R. (2007). Investigación con estudio de casos. Madrid: Editorial Morat.
- Scheler, M. (1996). Ordo Amoris. Madrid: Caparrós.
- Scheler, M. (2001). Ética. Madrid: Caparrós.
- Spinelli, E. (2005). The Interpreted world. Gran Bretaña: Sage
- Vasilachis, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa.



## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Transcripción de entrevistas**

#### **Sesiones terapéuticas**

#### **Sesión 1 (4 de Septiembre 2015)**

**Terapeuta:** Hola Paciente A, cuéntame en que te puedo ayudar?

**Consultante:** Hola, me estoy sintiendo muy mal, creo que estoy metida en problemas con mis compañeras.... hay muchos chismes. Una amiga mía de otro colegio insultó y le dijo muchas groserías por whatsapp a una niña de mi curso que me cae mal y la gente piensa que fui yo, pero nada que ver..... mi amiga me envió pantallazos de lo que le mando a la niña de mi curso, yo le dije que se había pasado, que eso estuvo mal.

**Terapeuta:** me imagino como te debes sentir, estar metida en chismes es muy jarto...y porque te cae mal la niña de tu curso?

**Consultante:** porque el año pasado me decía cosas muy feas como perra, gorda, torpe y bruta. Además una vez en el bazar del Moderno me empujó y me caí, yo estaba con unos amigos y ellos se dieron cuenta de todo.

**Terapeuta:** me imagino lo mal que te sentiste y ¿cómo manejaste esa situación?

**Consultante:** quedándome callada, no le quise contar a nadie.

**Terapeuta:** y porque no le quisiste contar a nadie?

**Consultante:** para no armar problemas.

**Terapeuta:** ¿ha habido situaciones similares donde también has optado por quedarte callada y no contarle a nadie?

**Consultante:** si claro, varias, es más ella una vez me rasguño el cuello y tampoco le dije nada.

**Terapeuta:** y para qué quedarse callada ante situaciones así?

**Consultante:** no se, para no agrandar el problema, que le iba a decir....

**Terapeuta:** no se, se me ocurre que puede ser importante mostrarle al otro cuando se está pasando y nos está hiriendo...y ahora que ya ha pasado un tiempo, que piensas sobre todo esto?

**Consultante:** ahora siento rabia, pues sólo por tener las conversaciones que mi amiga me mandó, creen que yo tuve que ver con eso. Pero nada que ver, yo le dije que decirle todo eso estuvo mal hecho.

**Terapeuta:** y qué fue todo lo que tu amiga le dijo?

**Consultante:** uy de todo, cosas bien fuertes, muchas groserías, ni me acuerdo, pero se paso.

**Terapeuta:** y en relación a lo que viviste con tu compañera, crees que hubieras podido manejar las cosas diferente?

**Consultante:** no sé, no creo.

**Terapeuta:** y ahora que dices que sientes rabia porque la gente piensa que fuiste parte de los insultos hacia tu compañera ¿qué se te ocurre que podrías hacer?

**Consultante:** pues creo que voy a hablar con ella y explicarle como fueron las cosas, pues yo no tuve nada que ver.

**Terapeuta:** me parece buena idea. Y si los chismes y los problemas con tus compañeras en el colegio se resolvieran después de que hablaran, ¿cómo crees que te sentirías?

**Consultante:** pues bien.... La verdad es que siento que tengo varios amigos, sobre todo por fuera del colegio, hasta hicieron grupos en whatsapp diciéndome ánimo Paciente A, tu puedes salir de esta. Niñas que no conocía me escribieron mensajes por Facebook, diciéndome que a pesar de no saber por lo que yo estaba pasando, siempre había una salida y esperaban que yo estuviera mejor. Y en el colegio todo el mundo sabía lo que me estaba pasando, era como famosa, la gente me apoyaba.

**Terapeuta:** wow, pero cuanto apoyo! Hasta grupos en Facebook crearon para apoyarte, debes ser una niña muy querida por la gente.

**Consultante:** pues si yo también me sorprendí.

**Terapeuta:** aunque Paciente A quede un poco pérdida....explícame a qué se referían cuando te daban ánimo y mandaban mensajes de apoyo y aliento?

**Consultante:** bueno es que varias personas en mi curso se enteraron de algo difícil el año pasado.

**Terapeuta:** y qué fue eso difícil para ti? Si se puede saber....

**Consultante:** bueno lo de los cortes....

**Terapeuta:** ¿a qué te refieres con lo de los cortes?

**Consultante:** bueno es que yo a veces me corto...

**Terapeuta:** y para qué te cortas?

**Consultante:** para no sentir hambre....

**Terapeuta:** ¿y qué hay de malo en sentir hambre? (actitud ingenua)

**Consultante:** pues que como y me engordo, nadie quiere a las gordas.

**Terapeuta:** todos tenemos que comer y es normal sentir hambre.... sobre todo en la edad que tienes es clave alimentarte bien para crecer y sentirte con energía para aguantar todo lo que trae el día. ¿no crees?

**Consultante:** pues si...

**Terapeuta:** Paciente A veo que tu voz y tus ojos cambian al decirme esto. ¿Qué estas sintiendo?

**Consultante:** siento que si no soy flaca, nadie me va a mirar, ni a querer. Mírate a ti, eres súper linda y flaca, no creo que puedas entenderme.

**Terapeuta:** ¿y de donde sacas que no eres linda como eres?

**Consultante:** no sé, es que uno ve a las cantantes y actrices y todas son divinas y súper flacas, uno tiene que ser así. Es más todas en mi curso son lindas y flacas.

**Terapeuta:** si te entiendo bien, ¿quieres decir que todas en tu curso son lindas y flacas menos tú?

**Consultante:** si....

**Terapeuta:** ¿y crees que alguien piense lo contrario?

**Consultante:** no se....

**Terapeuta:** y si supieras, qué se te viene a la cabeza?

**Consultante:** que algunas niñas del colegio puede que piensen que soy linda....

**Terapeuta:** ah ok que bueno saber que no todo el mundo es ciego para darse cuenta la niña tan linda que creo que eres...

**Consultante:** jajaj gracias... aunque si podría ser más flaca

**Terapeuta:** bueno todos podríamos ser más de algo... y ser divina y flaca como una actriz te haría sentir plena?

**Consultante:** claro, eso es lo más importante.

**Terapeuta:** crees que además de eso hay algo más que sea importante para ti?

**Consultante:** si, pues ser feliz.

**Terapeuta:** y qué es eso de ser feliz para ti?

**Consultante:** estar tranquila y tener paz por dentro, que lo quieran a uno, no tener problemas con las niñas, estar bien con mis papás, pasarla bien con mis amigas y primas.

**Terapeuta:** y si nos imaginamos que estamos en la última sesión, que te gustaría haber logrado de estos encuentros?

**Consultante:** me gustaría lograr sentirme bien, tener una buena relación con mis papás, estar tranquila, quererme más, dejar de cortarme y comer mejor.

**Terapeuta:** bueno me alegra saber que deseas lograr eso, seguramente juntas vamos a lograr todo esto.

## **Sesión 2 ( 8 de Septiembre 2015)**

**Terapeuta:** Hola Paciente A, cuéntame cómo has estado?

**Consultante:** bien, creo que el problema con mi compañera se aclaró, pude explicarle que yo no tuve nada que ver. Su mamá fue a hablar al colegio y pudieron determinar que la niña del otro colegio hizo todo sin ayuda de nadie de este colegio.

**Terapeuta:** me alegra oír que todo salió bien. Sabes, me quede pensando en lo que me dijiste la sesión pasada acerca de los cortes, cuéntame un poco sobre esto.

**Consultante:** la verdad es que no me gusta hablar sobre eso, porque no quiero que le digas nada a mis papás, ya mi mamá se enteró por mi ex directora de grupo y pues no quiero seguir siendo un problema para ella, además si mi papá se entera me mata.

**Terapeuta:** claro me imagino lo difícil que fue esa situación. Cómo te sientes ahora que tus papás ya saben?

**Consultante:** pues mal, no tenían porque enterarse.

**Terapeuta:** bueno pues sobre eso que te preocupa, quisiera aclararte que lo que hablemos acá se queda entre nosotras dos y si existe algo que está poniendo tu vida en riesgo, como puede ser el hecho de autolesionarse, es decir cortarte pues sabes que tengo el deber de contarles a tus papás, siempre con la intención de protegerte. En caso tal, primero lo hablamos las dos y miramos la mejor manera de hacerlo, si escoges contarles tu, yo o entre las dos. Te parece bien?

**Consultante:** si me parece bien, igual pues ya se enteraron, aunque yo les prometí que no volvería a pasar.

**Terapeuta:** porqué crees que crees que tu ex directora sintió la necesidad de contarles a tus papás?

**Consultante:** bueno, porque era lo que tenía que hacer, se preocupo tal vez.

**Terapeuta:** de que pudo haberse preocupado? (actitud ingenua)

**Consultante:** pues del problema en el que estoy metida.

**Terapeuta:** ¿cómo podrías describirme ese problema en el que te sientes metida?

**Consultante:** yo creo que mi problema es que estoy dejando de comer y eso no está bien ni es saludable porque yo se que nuestro cuerpo necesita vitaminas, proteínas, minerales... etc y todo eso se consigue en la comida y si no como probablemente me enferme y me pasen cosas como las que me están pasando

como que se me cae mucho el pelo, las uñas se me ponen muy frágiles, tengo constantemente sensación de frío y MUCHOS mareos por día o dolor de cabeza.... Además sé que puedo quedar estéril o caer en enfermedades como bulimia o anorexia, porque tampoco es que sea normal vomitar.

**Terapeuta:** veo que tienes claras las consecuencias y me da la impresión por tu tono de voz y lo que dices, que te estas sintiendo mal por no comer y vomitar, como si tu cuerpo estuviera hablándote.

**Consultante:** si, es que me están dando muchos mareos y dolor de cabeza y me da sueño en clase, eso hace que no me concentre mucho en clase.

**Terapeuta:** ¿y para qué seguir haciendo esto?

**Consultante:** no se, es que no me siento bien con mi cuerpo, me siento gorda y quiero bajar de peso, yo se que dejando de comer no es la solución para eso, pero no me gusta la comida del colegio y prefiero no comer que comer eso y ahora mi cuerpo se acostumbró a no comer o a vomitar lo que comía.

**Terapeuta:** y si para sentirte bien, con energía, sin mareos, sin dolor de cabeza, recuperando tu pelo y tus uñas de siempre, te tocara hacer el esfuerzo de empezar a comer algunas cosas, crees que podría valer la pena?

**Consultante:** si la verdad es que en este momento desearía tener una máquina del tiempo y volver al día que decidí no comer y cambiarlo porque esto trae muchas consecuencias y es muy feo. Me hubiera encantado haberle hecho caso a todas las personas que me aconsejaron para no estar así en este momento, pero siempre he creído que nada es imposible, así que voy a esforzarme para curarme y no volver a caer en esto.



**Terapeuta:** me alegra mucho oír tus gPaciente As por parar esta situación. Cuéntame qué es lo importante de cambiar?

**Consultante:** no preocupar a mi familia, mis amigos y profesores.

**Terapeuta:** parece que son muy valiosos para ti, tanto así como para parar todo esto? (actitud ingenua)

**Consultante:** sí, se que no volver a caer en esto va a ser muy difícil pero estoy segura de que lo voy a lograr, pues sé que no hay que dejar de comer ni comer en exceso, sino comer saludable. Además no quiero meterme en más problemas de los que ya tengo, así que estoy dispuesta a hacerlo.

**Terapeuta:** me pone muy contenta que estés tan motivada a retomar tu vida de antes. Tu crees que parar esta situación aparte de beneficiar a tu familia, amigos y profesores, podría beneficiar a alguien más?

**Consultante:** jaja bueno pues claro a mí, y de pronto a mis compañeras.

**Terapeuta:** sí que bueno saber que además de tu familia, tu recuperes esa tranquilidad y te sientas bien y saludable. ¿A qué te refieres con que tus compañeras podrían salir beneficiadas?

**Consultante:** bueno, pues que como todas en el colegio ya saben, si me ven que estoy bien, pues algunas que yo se que andan en las mismas, pueden ver que si se puede y poder estar bien también.

**Terapeuta:** entiendo, tienes toda la razón, seguro te convertirás en un ejemplo a seguir para estar niñas, tienes una responsabilidad grande entonces no solo con ellas, sino principalmente contigo.

**Consultante:** si, aunque no sé muy bien cómo hacerlo, es difícil....

**Terapeuta:** me imagino que lo encuentras difícil, pero sabes que oyéndote nada me indica que no puedas parar esta situación, siento que estas muy consciente de las consecuencias que esto te está trayendo y además tienes todas las capacidades y recursos para salir adelante y seguramente juntas trabajaremos para lograrlo, no estás sola en esto.

**Consultante:** pues sí, gracias y eso espero...

**Terapeuta:** bueno y cuáles son las tres primeras cosas que se te vienen a la cabeza para solucionar este problema.

**Consultante:** mmm... bueno pues empezar a comer saludable y entender que me tengo que querer a mi misma y estar conforme con mi cuerpo y definitivamente dejar de vomitar. Creo que tengo que seguir hablando contigo e ir donde un nutricionista para saber cómo comer saludable, para dejar de lastimarme.

**Terapeuta:** bueno me suena muy bien todo lo que dices, es importante que vayas cuanto antes al nutricionista y te seguiré acompañando en este proceso, seguramente todo va a salir bien.

### **Sesión 3 (2 de Octubre de 2015)**

**Terapeuta:** ¿Cómo te fue con la nutricionista, lograste ir?

**Consultante:** mi mamá no ha podido llevarme....

**Terapeuta:** bueno acuérdate que es clave que puedas ir....me cuentas como te va cuando vayas .... me acuerdo que me dijiste que la comida del colegio no te gusta y cómo te he sentido tan consciente de que tienes que empezar a alimentarte bien, cuéntame que cosas te gustan.

**Consultante:** si es que la verdad la comida del colegio me parece horrible.

**Terapeuta:** bueno, pero supongo que de todas las opciones que te dan hay cosas que seguramente te gustan, cuéntame que disfrutas a la hora de comer.

**Consultante:** bueno no me gusta mucho la carne, no me gustan las cosas son salsas, en mi casa todo lo compran light o integral y eso no me gusta mucho.

**Terapeuta:** bueno y que crees que pasa si le dices a tu mamá el tipo de cosas que te gustaría comer?

**Consultante:** seguro que podría comprarme algunas cosas que no sean light o integrales.

**Terapeuta:** listo, que te parece si hacemos un ejemplo de menú entre las dos de lo que debemos comer en el día para llegar a esa alimentación saludable de la que hemos hablado.

**Consultante:** me parece bien.

**Terapeuta:** bueno toma esta hoja y lo escribimos.

**Consultante:** Listo.

**Terapeuta:** vamos a poner de manera general algunas opciones de lo que podrías comer las 5 veces al día, es decir desayuno, medias nueves, almuerzo, onces y comida, te parece?

**Consultante:** 5 veces? Yo como como dos. Eso es demasiado, me engordaría mucho.

**Terapeuta:** y ¿qué cosas comes?

**Consultante:** una manzana y un cereal por la noche.

**Terapeuta:** Y porqué decidiste comer eso?

**Consultante:** Porque leí en las páginas de pro Paciente A y pro mia que la manzana no tenía muchas calorías.

**Terapeuta:** y ¿qué es eso de pro Paciente A y pro mia?

**Consultante:** las páginas de internet...

**Terapeuta:** si he oído sobre ellas, pero no las conozco muy bien cuéntame un poco de pro ana y pro mia?

**Consultante:** bueno son unas páginas que te ayudan y te inspiran a ser flaca y linda... te dan tips y cosas así... pero yo ya me salí de eso.

**Terapeuta:** y ¿porqué te saliste de ahí? Cómo era pertenecer a eso?

**Consultante:** bueno la verdad a mi no me gustó, mi prima era la reina del grupo al que yo pertenecía, nos identificábamos por unas pulseras y nos reuníamos en los centros comerciales, pero las metas eran muy difíciles de cumplir.

**Terapeuta:** y ¿cómo eran esas metas?

**Consultante:** no pues ponían tareas muy difíciles de cumplir, yo nunca logre bajar al peso que ellas ponían. Además seguíamos a modelos como las gemelas Olsen que son divinas, pero pues es muy difícil llegar a ser como ellas. Aunque yo creo que sólo a la gente que es perfecta la quieren logra ser feliz.

**Terapeuta:** enserio crees que existe gente perfecta?

**Consultante:** si claro...

**Terapeuta:** y ¿qué te hace pensar que son perfectas?

**Consultante:** pues todas las famosas que son súper flacas y tienen unos cuerpos divinos. Ponte a pensar que estas en un jardín lleno de rosas, ¿qué rosas escogerías las más bonitas o las más feas? .... seguramente las más bonitas, no las que están dañadas y feas, así pasa en la vida real, todo el mundo va a preferir a las niñas flacas y lindas, pues a las gordas y feas nadie las quiere.

**Terapeuta:** y crees que ser súper flaca y tener un cuerpo divino te asegura la felicidad?

**Consultante:** pues no...

**Terapeuta:** ah bueno, es que pensé que la gente por flaca ya era feliz.... Mira que por mi experiencia la gente que he visto feliz es aquella que se siente tranquila,

conforme con lo que tiene y es, que intenta siempre cuidar su salud sin ponerla en riesgo, que es responsable a la hora de comer, de dormir, de hacer ejercicio y sus actividades diarias, procurando sacar su mejor versión....

**Consultante:** si tienes razón, yo quiero que la gente me quiera por lo que soy...

**Terapeuta:** bueno y ¿cómo eres tú?

**Consultante:** soy buena amiga, amable, me preocupo por los demás.....

**Terapeuta:** crees que la gente que es buena amiga, amable y que se preocupa y está pendiente de ayudar a la gente, logre ser feliz y que la gente la quiera?

**Consultante:** si yo sí creo....

**Terapeuta:** uy que alivio saber que niñas tan especiales como tú pueden ser felices... (Actitud ingenua)

**Consultante:** jajaja si.....

**Terapeuta:** bueno y si yo le preguntara a tus amigas porque quieren a Paciente A que crees que ellas me dirían?

**Consultante:** uy no sé, habría que preguntarles a ellas...

**Terapeuta:** bueno dejemos volar la imaginación... si supieras que podrían decir?

**Consultante:** mmm tal vez dirían que soy buena amiga, que soy alegre, que me preocupo por los demás, que les hago regalitos....

**Terapeuta:** veo que tienes muchas cualidades que te caracterizan y hacen que seas especial para los demás... te das cuenta como uno siempre es más que el físico?

**Consultante:** si tienes razón...

**Terapeuta:** cuéntame de gente que admiras o quieres mucho....

**Consultante:** bueno a Maria, Estefania y Mariana mis amigas....

**Terapeuta:** y ¿porqué las quieres?

**Consultante:** porque son chistosas, divertidas, buenas amigas, paso rico con ellas....

**Terapeuta:** ósea que es por sus cualidades y lo que son como personas que las quieres?

**Consultante:** si claro, porque más?

**Terapeuta:** me alegra oír eso, es que hace un ratico me dijiste que a la gente la querían por su belleza física, que alivio saber que puedes ver y valorar el interior de las personas (actitud ingenua)....

**Consultante:** jaja pues obvio....

**Terapeuta:** bueno te voy a dejar una pequeña tarea, en notas del celular vas a escribir diario, puede ser en el momento o en la noche cuando estés en tu cama, qué cosas reconociste positivas en los demás y en ti. Ejemplo: cuando Estefania me vio angustiada por el examen y se me acercó a explicarme matemáticas o cuando al ver llorando una compañera me acerqué para ver cómo estaba o cuando saludé a una

empleada del colegio con una sonrisa y le dije cómo estaba.... Pueden ser actos simples y cotidianos...

**Consultante:** bueno, perfecto.

#### **Sesión 4 (14 de Octubre 2015)**

**Terapeuta:** Hola Paciente A, cómo vas? Cuéntame que ha pasado?

**Consultante:** todo bien gracias, hice lo que me pediste la última vez.... (Tenía una sonrisa en la cara)

**Terapeuta:** excelente, muéstrame algunos días....

**Consultante:** (los leyó en voz alta)

**Terapeuta:** bueno me doy cuenta cómo fue posible para ti identificar varios ejemplos que muestran claramente cómo la gente tiene mucho por darnos y cómo tu también haces cosas diarias por los demás.... Te diste cuenta cómo nada de eso tuvo que ver con el físico, sino con lo que tenemos por dentro?

**Consultante:** si, yo veo que la gente se preocupa por mi, y cuando mi curso supo que estaba pasando por un mal momento, todo el mundo estaba pendiente de mi, hacían de todo para ayudarme.

**Terapeuta:** me alegra saber eso y ¿cómo supieron que estabas pasando por un mal momento?



**Consultante:** no sé, mi profesora dice que yo me encargue de contarle a la gente que me cortaba y eso... como si ventilara a los 4 vientos toda mi vida... dicen que a veces hago disque muy “show”

**Terapeuta:** y crees que así fue?

**Consultante:** pues no sé.... La verdad no lo vi así, pero si todo el mundo sabe pues seguramente.

**Terapeuta:** y ¿cómo te hace sentir eso?

**Consultante:** pues mal por un lado, porque yo si le conté todo a algunas amigas, confié en ellas y parece que le dijeron a todo el mundo.

**Terapeuta:** ¿a qué te refieres con todo?

**Consulta:** que me he cortado, por ejemplo iba en muchos recreos del almuerzo con una amiga para no entrar a la cafetería y no tener que almorzar, ahí yo creo que varias sabían...la verdad si me dolía mucho, pero mi amiga siempre me decía que debíamos castigar al cuerpo cortándonos cuando comíamos algo muy engordador...me castigaba por las calorías que como, por ejemplo si me comía un chocolate que tenía 100 calorías, me hacia 100 cortesitos y así o pues les conté que a veces vomitaba para no engordarme, me sentía mal después de comer tanto.... pues en mis amigas se supone que confío, aunque si me duele mucho y me da rabia que me decepcionen, ya me ha pasado que la cagan conmigo, y yo por evitar pelear, no les digo nada, me termino quedando las cosas. Es que esas cosas siempre me pasan, es lo peor.

**Terapeuta:** y para que guardarse ese malestar? ¿Qué pasaría si les dijeras que te molesta que digan tus cosas a los demás?

**Consulta:** no mejor no decir nada, de pronto se ponen en mi contra o bravas conmigo, yo antes me desahogaba en las páginas de pro ana y pro mia, ahí la gente me entiende, como que uno encuentra que existen personas que se preocupan por lo que a uno le pasa, te apoyan, te escuchan y te dan consejos.

**Terapeuta:** y quedarte callada, te ha ayudado a que nunca nadie se moleste contigo?

**Consultante:** no, pues tampoco, siempre pasa que alguien se pone bravo y yo intento que no peleen conmigo, les pido perdón, hablo con otras amigas para que me ayuden pero a veces no funciona, especialmente con Maria, ella es muy fuerte, todo el mundo sabe lo que yo sufro con ella.

**Terapeuta:** bueno, es que te das cuenta como siempre existe la posibilidad de que la gente se moleste con nosotros, es humano a todos nos pasa, a veces nos equivocamos o algo que dijimos o hicimos pudo haber fastidiado al otro y claro que es importante reparar cuando ofendimos a alguien, pero también es importante aprender a mostrarle al otro cuando nos hizo algo que nos dolió o nos disgustó.

**Consultante:** si es verdad, yo veo en pro ana y pro mia, que la gente se dice muchas cosas.

**Terapeuta:** y tú crees que después de todo, los consejos que te han dado a través de estas páginas te han ayudado?

**Consultante:** la verdad no... a veces me sentía peor.... Paciente A y mia, me enseñaron muchos tips que me metieron en problemas.... Los de castigarme con los cortes cada que comía algo que no debía o cuando no alcanzaba las metas y eso. (aquí voy en la tabla)

**Terapeuta:** ¿Sabes quién publica la información que aparece en esas páginas?

**Consultante:** No pues cualquier persona del mundo puede publicar, hay gente de Mexico, Argentina y España y uno puede chatear con estas personas.

**Terapeuta:** Ah ok, es decir que cualquier persona no importa la edad, si estudio o no o de que parte del mundo sea puede poner tips o publicar información.... me podrías mostrar las páginas que ves?

**Consultante:** mm bueno, igual esas páginas son muy exigentes y ya me salí. (Nos metemos a internet y me muestra varias páginas, donde salen tips y fotos de actrices y modelos en los huesos, incluso muchas de ellas editadas, alabando la anorexia y mostrándola como el camino para lograr la perfección a toda costa.)

**Terapeuta:** bueno Paciente A y qué piensas sobre esto que me muestras?

**Consultante:** pues la verdad ser así es muy difícil...

**Terapeuta:** Imagínate, si cualquier persona puede publicar el contenido de esas páginas, puede que la información no sea muy confiable, seguramente los tips que dan no son muy responsables con la salud y el bienestar general de las personas. Porque crees que editan las fotos de estas actrices, porque hasta donde las he visto, no son tan delgadas.

**Consultante:** mmm, supongo que para inspirarnos....

**Terapeuta:** ¿crees que seguir estos tips resulta saludable y bueno para ti?

**Consultante:** mm pues no....

**Terapeuta:** bueno ahora que lo pienso, si no estoy mal debe ser por comer tan pocas veces y seguir algunos de estos tips que te dan los mareos, dolores de cabeza, desaliento y demás síntomas que no te hacen sentir muy bien y con energía. Creo que puede ser más saludable y sientes menos hambre cuando comes varias veces al día en porciones moderadas, pues eso hace que no te de tanta hambre y termines por comer lo que se te atravesase, sintiéndote mal después. ¿Sabías que incluso dejar periodos prolongados sin comer y después comer en grandes cantidades no es saludable y engorda más?, pues como el cuerpo necesita la energía de los alimentos, es decir la gasolina para funcionar en el día, eso único que le das en el día, lo multiplica y acumula en tu cuerpo.

**Consultante:** ¿enserio? No sabía.... Pues si la verdad esos mareos ya me tienen cansada en clase, yo además rara vez desayuno.

**Terapeuta:** bueno y crees que sería bueno para ti empezar a desayunar?

**Consultante:** pues si puedo ensayar, pero no me gusta comer mucho. Además es que ayer me pase comiendo.

**Terapeuta:** ¿y qué comiste ayer?

**Consultante:** no pues 2 helados, un sanduche, crispetas...

**Terapeuta:** ¿y esos ojos? ¿Qué me quieren decir?

**Consultante:** bueno la verdad, es que ayer vomite.

**Terapeuta:** y ¿para qué seguir vomitando?

**Consultante:** la verdad porque me sentía mal, pero quiero parar esto por mi familia y por mí.

**Terapeuta:** si entiendo que es muy importante que la gente que te rodea esté tranquila, ¿crees que puedas empezar a cambiar esto?

**Consultante:** si, enserio quiero.

**Terapeuta:** bueno como hemos hablado, sabes que es importante parar de vomitar y cambiar la manera en la que estas comiendo, para empezar esa vida saludable que quieres, sintiéndote bien, sin mareos, dolor de cabeza y demás. ¿Qué te parece si vamos construyendo juntas algunas opciones que puedes comer, por ejemplo empecemos por el desayuno?.

**Consultante:** listo, pues puede ser arepa, porque no me gusta el huevo, el cereal y no se me ocurre que más.

**Terapeuta:** mm y que tal quesadilla o un sanduche? Y las frutas te gustan?

**Consultante:** si la quesadilla me suena rico y algunas frutas me gustan y a veces tomo milo.

**Terapeuta:** bueno perfecto, ¿y que se te ocurre para tomar en las medias nueves y onces?

**Consultante:** traigo una manzana y esa me la como.

**Terapeuta:** bueno la manzana A está muy bien, pero es importante incluir una proteína o harina, no sólo en las onces, sino en todas tus comidas, especialmente en

el desayuno, almuerzo y comida. Es clave comer frutas, verduras, una harina y una proteína, sobretodo en la edad en la que estas.

**Consultante:** bueno si, la verdad es que estoy yendo donde el endocrino porque no estoy creciendo.

**Terapeuta:** si Paciente A, en todas las etapas de la vida es muy importante alimentarse bien, pero sobretodo en esta etapa de crecimiento, donde el cuerpo necesita todos los nutrientes de la comida para crecer. Ya vemos que a corto plazo el no comer puede traer mareos, dolores de cabeza, desaliento, entre otros síntomas. ¿Qué se te ocurre que puede ocurrir a mediano plazo?

**Consultante:** bueno pues que me sienta peor, que no me paren los dolores de cabeza, los mareos, los escalofríos, la debilidad en el cuerpo, que se me caiga peor el pelo y las uñas se me pongan más débiles y quien sabe que más cosas...

**Terapeuta:** y ¿cómo crees que te sentirías de ánimo?

**Consultante:** bueno pues triste, sin energía, dormiría más y me la pasaría viendo netflix.

**Terapeuta:** y cómo sería vivir una vida así?

**Consultante:** pues no estaría bien.

**Terapeuta:** bueno y pensemos que crees que pasaría si te sigues cortando y no comiendo a largo plazo?

**Consultante:** bueno, pues me pondría muy mal.. Mis papás y amigos se preocuparían mucho por mí.

**Terapeuta:** si entonces cual sería el peor panorama si continuas así?

**Consultante:** bueno puede ser morir.

**Terapeuta:** ¿qué opinas llegar a al punto de morir?

**Consultante:** la verdad no me quisiera morir, no quiero llegar a eso por mi culpa.

**Terapeuta:** si tenemos una responsabilidad grande cuidando nuestro cuerpo..... tu cuerpo te está hablando cuando sientes mareos, dolores de cabeza, cansancio, sueño y demás. Es muy importante que le paremos bolas a esas señales que nos manda el cuerpo de que algo no está bien.

**Consultante:** es cierto no lo había visto así.

**Terapeuta:** bueno y miremos la otra cara de la moneda, qué pasaría si empiezas a comer bien otra vez y dejas de cortarte?

**Consultante:** bueno me sentiría mejor, mis papás no se preocuparían y mis amigas tampoco, me dejaría de sentir mal y seguro me concentraría más en las clases.

**Terapeuta:** exacto, seguro comer mejor te va a ayudar no solo a crecer más, sino a estar y sentirte mejor a nivel físico y emocional, es decir a tener más energía, estar más activa, concentrada y tranquila contigo misma y con los demás. Te parece si de tarea, escribes diferentes opciones de menús que incluyan una proteína, harina, verduras y frutas para cada una de las comidas?

**Consultante:** si te prometo que voy a dejar de hacer esto y haré la tarea.

**Terapeuta:** listo, pero acuérdate que lo más importante es que te lo debes prometer a ti.

**Consultante:** si yo sé...

### **Sesión 5 (28 de Octubre 2015)**

**Terapeuta:** Hola Paciente A, ¿cómo has estado?

**Consultante:** bien, traje la tarea que me pediste, hice varias opciones de menú.

**Terapeuta:** que bueno y ¿cómo te fue con eso?

**Consultante:** pues bien, mi mamá me ayudó un poco, ya le pedí que me comprara cosas diferentes de comer y me dijo que sí. Desayuné quesadillas y me gustó.

**Terapeuta:** me alegra escuchar eso, muéstrame tu tarea (la revisé) ..... y ¿Qué te parece si en la cita que tienes con el nutricionista, le muestras el menú que hiciste?

**Consultante:** bueno, pero la verdad es que no me cayó bien la persona a la que me llevó, me dijo que tenía sobrepeso.

**Terapeuta:** bueno tranquila, y si logramos cambiar de nutricionista te sentirías más cómoda?

**Consultante:** la verdad sí, mucho más.

**Terapeuta:** bueno, yo me encargo de hablar con tu mamá para que te lleve donde otra persona.



**Consultante:** bueno.... Podrías ayudarme a que me metan en dieta en el colegio, es lo mismo pero sin salsa y cosas grasosas, fritas...

**Terapeuta:** Bueno yo le puedo sugerir a tu mamá que envíe una carta al colegio para que te cambies a dieta, pero vas a tener el compromiso de ser responsable y comer la proteína, la harina y la verdura o fruta, te parece?

**Consultante:** si me parece. Pero hay muchos que no me gustan.

**Terapeuta:** bueno, a mí también me pasa que hay cosas que me dan en el almuerzo que no me gustan, pero sabes que hago el esfuerzo de probarlas y me termino sorprendiendo porque me terminan sabiendo rico, de pronto te puede pasar a ti también, no crees?

**Consultante:** Bueno, pues de pronto.

**Terapeuta:** se me ocurre que ahora que ya vas a tener más ideas de qué comer, te voy a dejar la tarea de escribir algunos registros cada vez que comes, escribiendo que alimentos comiste, identificar sus ingredientes, así como la de escribir aquellos que habías dejado de comer y probaste. Por lo menos 5 cosas nuevas a la semana A, y que de vez en cuando ayudes a preparar los alimentos, que te parece?

**Consultante:** bueno, me parece bien.

**Terapeuta:** Paciente A, cuéntame un poco de tu familia?

**Consultante:** bueno pues vivo con mi mamá, mi padrastro y mi hermanita. Con mi mamá en verdad peleo mucho, nada de lo que hago es suficientemente bueno para ella, es muy rígida está muy pendiente de mi hermanita y vive muy estresada con el

trabajo, Richard mi padrastro viaja mucho, no comparto tanto con él, pero no me cae muy bien. (se toca el cachete, el cual tenía morado)

**Terapeuta:** Paciente A y qué te paso en el cachete?

**Consultante:** no nada ....

**Terapeuta:** pero está como morado....

**Consultante:** bueno es que en barras me caí...

**Terapeuta:** pero ¿cómo te caíste para pegarte en el cachete así?

**Consultante:** bueno la verdad es que Richard se puso muy bravo conmigo...

**Terapeuta:** ¿qué quieres decir con que se puso bravo contigo?

**Consultante:** pues es que me pego, pero bueno fue mi culpa el tenía razón.

**Terapeuta:** ningún golpe tiene justificación, cuéntame que paso?

**Consultante:** es que mi mamá está de viaje y me pidió que le ayudara con mi hermanita, pero me dio pereza y me demore mucho en ir ....

**Terapeuta:** entiendo que si te piden el favor de ayudar con tu hermanita y te demoras, resistiéndote a ir pudo haber molestado a tu padrastro, pero realmente crees que era la mejor manera de manejar las cosas?

**Consultante:** pues sí, fue mi culpa, me lo merecía, no le hice caso y le saque la piedra, igual él se arrepintió me pidió perdón y no volverá a pasar, por favor no le cuentes a mi mamá te lo suplico.

**Terapeuta:** y que pasaría si tu mamá supiera?

**Consultante:** no, no quiero, no le cuentes por favor.... Igual sólo fue esa vez.

**Terapeuta:** creo que es importante que hables de esto con ella y con tu padrastro para que esto no vuelva a pasar, hay otras maneras de solucionar las cosas o no te parece?

**Consultante:** pues sí, igual el me dijo que no lo iba a volver a hacer.

**Terapeuta:** bueno y cuéntame un poco más de la relación que tienes con tu mamá?

**Consultante:** pues normal, a mi no me gusta mucho contarle las cosas, yo la verdad me la paso en mi cuarto sola, me gusta estar ahí.

**Terapeuta:** y ¿qué te gusta de estar sola en tu cuarto?

**Consultante:** bueno que nadie me molesta, mi mamá no está encima mío, duermo mucho y veo netflix.

**Terapeuta:** y ¿qué es estar encima de ti?

**Consultante:** que me esté diciendo que hacer todo el tiempo, que no soy responsable, que dejo todo para última hora....

**Terapeuta:** y tu crees que algo de eso puede ser verdad?

**Consultante:** si yo me desconcentro fácil, me da mucha pereza hacer las cosas, pero igual a mi me va muy bien en el colegio, pero para mi mamá nada es suficiente.

**Terapeuta:** y cuando haces las cosas a tiempo, concentrada y eres responsable cómo te sientes tu y cómo crees que se siente ella?

**Consultante:** mucho mejor.... La verdad es que últimamente las cosas han mejorado con mi mamá, estamos más unidas, hablamos más, lo único es que por la noche estaba acostada en la cama con ella y Richard (padraastro) pensó que yo estaba dormida porque tenía los ojos cerrados y le dijo súper bravo a mi mamá que yo me tenía que ir de la cama, que no le gustaba que yo estuviera ahí....

**Terapeuta:** y ¿cómo te hizo sentir eso?

**Consultante:** muy mal, no me siento cómoda viviendo allá... me quiero ir a vivir con mi papá.

**Terapeuta:** me imagino, seguramente me hubiera sentido igual...

**Consultante:** si es que enserio yo no creo que me quiera, siempre me regaña, solo le ponen atención a mi hermanita, yo por eso me encierro en mi cuarto y me meto en el computador.

**Terapeuta:** y ¿cuántos años tiene tu hermanita? Es hija de tu padraastro y tu mamá?

**Consultante:** si y tiene un año y medio.

**Terapeuta:** ah bueno, su edad puede explicar porque le ponen tanta atención... no crees?

**Consultante:** pues si ella todavía es una bebé, es divina yo la quiero mucho.

**Terapeuta:** si y cuéntame un poco sobre tu papá?

**Consultante:** bien, pues tiene una esposa que me cae bien y pues mi hermano, que tiene 9 años.

**Terapeuta:** y cómo es tu relación con ellos?

**Consultante:** bien, aunque tengo rabia con mi papá porque se van todos para Nueva York en vacaciones y a mí me dejan acá, no me invitaron.

**Terapeuta:** te entiendo, aunque sabes que no siempre nos pueden llevar a todos los viajes.

**Consultante:** si, pero me da rabia que a mi hermano si lo lleven y a mí no.

**Terapeuta:** me imagino... y cuéntame un poco más sobre ellos...

**Consultante:** pues mi papá me recoge algunos días después de los ensayos de gimnasia, algunos fines de semana voy allá, pero hablo muy poco con él, no me gusta contarle mucho mis cosas, el siempre está en su cuento....amo a la familia de la esposa de mi papá, son muy chéveres conmigo, hacemos varios planes.

**Terapeuta:** y ¿qué piensas sobre tu relación con él?

**Consultante:** no estoy mucho con él, el exagera todo, prefiero no contarle nada, cuando voy a su casa estoy con mis primas, son de la familia de la esposa de mi papá, todas son muy chéveres.

**Terapeuta:** si y qué planes haces con ellos?

**Consultante:** a mi papá se qué tipo de cosas pedirle, pero no hablo mucho con él.... Con mis primas vamos a Unicentro o ellas me invitan a sus planes, son súper lindas y flacas.... Aunque no son como mi prima que me enseñó todo lo de pro ana y pro mia.

**Terapeuta:** y ¿a qué te refieres con que sabes qué tipo de cosas pedirle?

**Consultante:** si pues es que mis papas son muy diferentes, yo le pido lo que necesito a mi papá y bueno mi mamá está yendo a unos cursos de programación neurolingüística y siento que eso la está cambiando demasiado, ahora es como toda brava y no cambia de opinión fácil, yo siento que mi mamá no me escucha, no le importa nada de lo que yo digo, no sabe que siento, como que tiene cosas más importantes en las que pensar que estar conmigo, se la pasa trabajando o con mi hermanita y la verdad con mi papá pues es que no vivo con el, y pues obviamente no le voy a contar mis cosas, prefiero a una mujer, por eso termino hablando con mis primas, las de la familia de la esposa de mi papá.

**Terapeuta:** ¿quieres decir que se está volviendo más brava e inflexible con sus opiniones?

**Consultante:** jajaa si, aunque yo se que lo necesita, porque yo sé que me salgo con la mía siempre, mis papás no están muy alineados, uno va aprendiendo como es con el uno y con el otro.

**Terapeuta:** a ¿qué te refieres con que no están muy alineados?

**Consultante:** si pues que yo sé que puedo conseguir o pedirle a cada uno, cuando uno me dice que no a algo, yo se que por el otro lado puedo conseguir el si... mi mamá digamos siempre termina cediendo....

**Terapeuta:** ósea que un poco de la firmeza que está intentado tener tu mamá, puede ser buena?

**Consultante:** la verdad si...

**Terapeuta:** que rico que la reconozcas, ningún cambio es fácil, sobre todo cuando estamos acostumbrados a algo... porque crees que podría ser bueno algo de firmeza en tus papás?

**Consultante:** creo que sería bueno porque yo termino manejando muchas situaciones y sé que no es bueno para mi, pero yo siento que mi mamá en este momento no me entiende, no me escucha nada de lo que le digo, es como si no le importara.... Ella ya tiene suficientes problemas con su esposo, pues se está divorciando de él, descubrió que le era infiel, adicto a las mujeres y además tiene mucho trabajo.

**Terapeuta:** si, veo que tu mamá puede estar atravesando por muchas cosas difíciles para ella, pero acuérdate que los problemas de los adultos deben ser manejados entre ellos y seguramente volverás a sentirte cercana a tu mamá con el tiempo, pues lo importante es que ya has conseguido tener buenos y cercanos momentos con ella.

## **Sesión 6 (Noviembre 11 del 2015)**

**Terapeuta:** bueno y cuéntame ¿que más ha pasado estos días? ¿cómo te fue con el registro de los alimentos nuevos y que probaste?

**Consultante:** La verdad he estado súper bien.... Me fue bien, volví a comer tomate y me encanta, también estoy comiendo más estilos de carnes y así... mi mamá te podrá contar mejor...

**Terapeuta:** y cuéntame que es estar bien?

**Consultante:** no me he cortado ni nada, estoy comiendo mejor....estoy preocupada por una amiga, porque se sigue cortando, se le cayeron unas cuchillas en el ensayo de barras.

**Terapeuta:** y cómo has hecho para estar tan bien?

**Consultante:** no sé creo que desde que hablaste con mis papás, las cosas han cambiado mucho, de verdad siento que me quieren mucho, ha mejorado mucho mi relación con mi mamá, como que hablamos más, me cuenta cosas de su vida y así.....

**Terapeuta:** me alegra mucho oír eso, no me cabe la menor duda de que tus papás te adora. ¿tú qué piensas de eso que le paso a tu amiga?

**Consultante:** creo que no está tan bien, ella me regalo una cuchilla, pero ahí la tengo guardada.

**Terapeuta:** bueno y para que guardarla?

**Consultante:** no se...

**Terapeuta:** ¿y qué pasa si la botas?

**Consultante:** no sé, pero te prometo que no la voy a usar, pero la quiero tener ahí.



**Terapeuta:** pensemos ¿qué beneficio te traería guardarla si no la vas a usar?

**Consultante:** bueno no muchos.

**Terapeuta:** listo, pensemos en los posibles aspectos positivos y negativos de tenerla

**Consultante:** bueno pues ahora me gusta mucho un niño y estoy hablando con él...

**Terapeuta:** que bien, me alegra y cuéntame un poco sobre él....

**Consultante:** me trata súper bien, me respeta, pasamos rico y me gusta mucho

**Terapeuta:** que bueno y que crees que podría pensar el sobre tener la cuchilla?

**Consultante:** mmm no quisiera que se enterara...

**Terapeuta:** y ¿por qué?

**Consultante:** porque no está bien

**Terapeuta:** y que no esté bien, que quiere decir?

**Consultante:** bueno, no quisiera volver a eso, ya estando tan bien.

**Terapeuta:** claro, así que no crees que valga la pena?

**Consultante:** la verdad no, me dañaría mi cuerpo y no me quiero ver mal, aunque también pues si me siento mal no sé....

**Terapeuta:** ¿si te sientes mal que pasaría?

**Consultante:** de pronto me podría servir....

**Terapeuta:** y cuéntame cómo has hecho estos días para no cortarte a pesar de a veces sentirte mal?

**Consultante:** bueno no pensar en eso, hacer otras cosas....

**Terapeuta:** y cómo que cosas te han puesto mal?

**Consultante:** bueno pelear con María mi amiga, enserio ella es muy fuerte conmigo, pero yo la quiero mucho.

**Terapeuta:** y ¿porqué pelearon?

**Consultante:** porque ella se pone brava por todo, no sé que le pasó, es como si yo le molestara, me habla súper feo....

**Terapeuta:** has pensando en hablar con ella y mostrarle eso que te duele?

**Consultante:** no, enserio prefiero no hacerlo.

**Terapeuta:** y ¿para qué guardarte eso y sentirte mal, pudiendo hablar las cosas?

**Consultante:** no es que no me siento cómoda hablando con ella... con ella no se puede hablar

**Terapeuta:** bueno entiendo que no sea muy cómodo hablar de esas cosas, pero pensemos, ¿qué sería lo peor que podría pasar si hablas con ella?

**Consultante:** pues que ella hable mal de mí, que ya no quiera ser mi amiga, que mi grupo de amigas se dañe y me quede sola

**Terapeuta:** de verdad crees que todo eso pueda pasar si le dices como te sientes cuando ella actúa así contigo?

**Consultante:** si, es que a ella todo el mundo le tiene miedo, con ella no se puede hablar...

**Terapeuta:** bueno es importante aprender a poner límites a las personas, en especial cuando sentimos que nos están hiriendo.

**Consultante:** si, pero enserio con ella es muy difícil hablar, ella no lo va a tomar bien.

**Terapeuta:** ¿qué te hace pensar eso?

**Consultante:** bueno es que ella siempre toma todo mal.

**Terapeuta:** bueno y qué te parece si practicamos acá la manera en la que podrías decírselo?

**Consultante:** si me parece bien, aunque no me siento cómoda diciéndoselo.

**Terapeuta:** bueno tranquila, intentémoslo.

**Consultante:** bueno pero dime tu cómo lo dirías?

**Terapeuta:** hagamos de cuenta que yo soy María, cómo me dirías eso que te molesta y duele de su actitud?

**Consultante:** ay no se.... María, me estoy sintiendo muy mal porque siento que hablas a mis espaldas, que no me incluyes.... No, es que no sé qué más decirle.

**Terapeuta:** me parece que podrías empezar por ahí... a ver cómo nos va, ¿que te parece?

**Consultante:** pues si lo voy a intentar.

### **Sesión 7 (Noviembre 23 de 2015)**

**Terapeuta:** ¿cómo has estado estos días?

**Consultante:** la verdad es que la situación con María me pone mal, ya no se que más a hacer...

**Terapeuta:** me imagino cómo te debes estar sintiendo, pero cuéntame, tuviste la oportunidad de hablar con ella?

**Consultante:** si le dije como me estaba sintiendo, pero enserio, ella no escucha nada, es imposible hablar con ella, son muchas cosas las que me hacen sentir mal ....

**Terapeuta:** cuéntame qué tipo de situaciones son las que te han dolido?

**Consultante:** que me dio una patada en la fila del almuerzo, que me rapo mi celular y no me lo quiso dar, después de que se lo pedí varias veces, siento que habla sobre mí y me mira feo.

**Terapeuta:** es importante aprender a parar estas situaciones, ponerle límites claros para que esto no se vuelva a presentar. Me pregunto ¿qué te hace aguantarte estas situaciones tan duras con María?

**Consultante:** porque yo la quiero mucho y no quiero alejarme de ella.

**Terapeuta:** con más razón si la quieres mucho, es clave que le muestres de manera amorosa y cariñosa las cosas, puedes empezar diciéndole lo mucho que la quieres, lo importante que es para tu vida, mencionándole como te estas sintiendo y en qué situaciones te has sentido dolida y molesta, para darle la oportunidad de escucharla o simplemente mostrarle cómo lo vives y experimentas tú.

**Consultante:** si es algo que tengo que hacer... porque no puedo más, pero me da cosa decirle algo.

**Terapeuta:** y ¿qué sería lo peor de decirle algo?

**Consultante:** que no me quiera, eso nunca me hará sentir bien.

**Terapeuta:** y con dejarte tratar así, ella te estaría demostrando que te quiere?

**Consultante:** bueno pues no...

**Terapeuta:** y entonces ¿para qué seguir permitiéndole eso?

**Consultante:** porque si le digo algo es peor, yo no quiero pelear con ella.

**Terapeuta:** y entonces crees que te sentirías cómoda siguiendo así?

**Consultante:** si pues yo creo que cuando uno quiere a alguien se tiene que aguantar esas cosas, es mejor o sino lo excluyen a uno....yo una vez vi un programa de unos novios, ella se dejaba pegar porque lo amaba mucho, y pues es mejor aguantarse esas cosas que lo dejen a uno...

**Terapeuta:** entiendo que es muy importante para ti no pelear con alguien que quieres mucho, pero mira yo he visto de cerca muchas veces a personas que aguantan muchas cosas de otros, como si le entregaran gratis la llave de su felicidad a alguien, como si no pudieran verse o sentirse bien sin la compañía de esa persona, pero luego lograron darse cuenta de la importancia de tener presente que ellas eran las únicas que podían hacer cosas por su bienestar y felicidad, poniendo límites, estando con gente que les aporte y los respete, porque el maltrato nunca es señal de amor.

**Consultante:** pues sí, pero es que enserio María es muy fuerte y no saldría bien, ella es una persona que critica a todo el mundo, es muy mandona, pero enserio no la quiero meter en problemas, prefiero dejar las cosas así.

**Terapeuta:** pero has intentado mostrarle las cosas de una manera amorosa?

**Consultante:** no, con ella es muy difícil hablar, pone una cara horrible que me quiere matar....

**Terapeuta:** y ¿Qué tal si lo intentas? De pronto te sorprendes y te va bien...

**Consultante:** pues si voy a tratar, pero no me gustaría que todas se fueran del lado de María y me dejaran sola....

**Terapeuta:** bueno y cómo te sientes con tus demás amigas?

**Consultante:** muy bien, con todas me las llevo bien, las quiero mucho.

**Terapeuta:** ah bueno me alegra saber que tienes más amigas a quienes quieres mucho y María no sea la única.

**Consultante:** ah sí claro.

**Terapeuta:** bueno y de que otras maneras crees que puedes aliviar ese malestar?

**Consultante:** hablando contigo, con algunas amigas, escribiendo, haciendo ejercicio me relajo, me desconecto.

**Terapeuta:** buenas ideas, veo que logras ver otras estrategias para manejar ese malestar.

**Consultante:** si, sobretodo el ejercicio me encanta, me ayuda a sentirme mucho mejor

**Terapeuta:** que bueno que tengas ese habito...

**Consultante:** si hago muchas horas de gimnasia a la semana....

**Terapeuta:** claro con más razón tienes que alimentarte bien, porque es la gasolina para que tu cuerpo rinda en el ejercicio que haces.

Anexo 2. Cuadro de análisis de las entrevistas y de los temas

TEMA	SUBTEMA	UNIDAD DE ANÁLISIS	TRANSFORMACIÓN	REACCIONES Y/O PREJUICIOS
Estrategias de afrontamiento	Creencias asociadas a las conductas autolesivas	creo que no está tan bien, ella me regalo una cuchilla, pero ahí la tengo guardada.... no sé, pero te prometo que no la voy a usar, pero la quiero tener ahí.	A pesar de tener cierta percepción de riesgo frente al porte de una cuchilla, Paciente A decide guardarla, poniéndose en un estado de tentación y vulnerabilidad importante, siendo el cortarse una posibilidad de afrontar su sensación de malestar e inconformidad.	
		bueno pues ahora me gusta mucho un niño y estoy hablando con él... mmm no quisiera que se enterara.	Paciente A encuentra algo que le da sentido y la invita a contemplar otras posibilidades del ser.	En ocasiones temo que la estabilidad emocional y autorregulación de Paciente A se nutre en gran medida de su
		la verdad no, me	Paciente A expresa	



		<p>dañaría mi cuerpo y no me quiero ver mal, aunque también pues si me siento mal no sé....</p>	<p>su deseo de no actuar de forma inmediata sobre el propio malestar psicofísico, aunque de alguna forma le da seguridad el conservar la cuchilla, teniendo a la mano el cortarse como una vía para distensionar el malestar que se da por la anticipación de la posible presencia de una amenaza.</p>	<p>dependencia hacia los demás, resultando riesgoso su aparente bienestar.</p>
--	--	---	--	--

	Creencias asociadas al desarrollo de desordenes alimenticios	pues que como y me engordo, nadie quiere a las gordas	Paciente A no muestra mucha consciencia de riesgo frente a las consecuencias que el no alimentarse bien puede traer, priorizando la idea del físico que debe tener según la influencia de los parámetros impuestos por la sociedad de hoy. Esto puede evidenciar su intento por adaptarse a lo que se espera de ella; movilizada por el deseo de llenar las expectativas de los demás.	A veces cuando me dice esto en su tono de voz bajo, me da la sensación de que está exagerando, buscando que le diga lo contrario.
		Siento que si no soy flaca, nadie me va a mirar, ni a querer. Mírate a ti, eres súper linda y flaca, no creo que puedas	Este tipo de actitudes, creencias y comportamientos hacia el peso pueden reflejar una búsqueda de aprobación y	

		entenderme.	necesidad de	
		No sé, es que uno ve a las cantantes y actrices y todas son divinas y súper flacas, uno tiene que ser así. Es más todas en mi curso son lindas y flacas.... Ponte a pensar que estas en un jardín lleno de rosas, ¿qué rosas escogerías las más bonitas o las más feas? .... seguramente las más bonitas, no las que están dañadas y feas, así pasa en la vida real, todo el mundo va a preferir a las niñas flacas y lindas, pues a las gordas y feas	admiración a través de actitudes y expresiones estereotipadas; mostrando el peligro de autodestruirse al que puede estar sumida Paciente A, en búsqueda de sensaciones que consigan distraerla o aliviar su sensación de frustración. Así como también se termina aferrando a deseos y metas ajenas, en lugar de mirar las propias.	

		nadie las quiere.		
		no sé, es que no me siento bien con mi cuerpo, me siento gorda y quiero bajar de peso, yo se que dejando de comer no es la solución para eso, pero no me gusta la comida del colegio y prefiero no comer que comer eso y ahora mi cuerpo se acostumbró a no comer o a vomitar lo que comía.	Acá refleja la vulnerabilidad en la que se encuentra, empezando a manifestar síntomas de dependencia psicológica y física a estas conductas nocivas (vomitar y dejar de comer) como lo es el pensar que el cuerpo ya está habituado a no comer o vomitar lo que comía, reforzado a su vez por creencias limitantes como el decir que está gorda.	A veces cuando menciona que está gorda y no le gusta ninguna opción que le dan en el colegio, acostumbrando a su cuerpo a no comer o vomitar lo que come, me da angustia que se muestre tan vulnerable y con un discurso tan rígido.
		5 veces? Yo como como dos. Eso es demasiado, me engordaría mucho.	Se puede ver cómo Paciente A tiene interiorizada la preocupación constante por subir de peso, teniendo	

			unas ideas muy fijas de lo que resulta dañino para su propósito de bajar de peso.	
		bueno pues que me sienta peor, que no me paren los dolores de cabeza, los mareos, los escalofríos, la debilidad en el cuerpo, que se me caiga peor el pelo y las uñas se me pongan más débiles y quien sabe que más cosas...	Al pasar las sesiones refleja cierta preocupación y consciencia de riesgo sobre las consecuencias físicas que trae el desarrollo de un desorden alimenticio.	
		si hago muchas horas de gimnasia a la semana....	Paciente A prioriza el hacer mucho ejercicio sobre otras cosas, no mostrándose consciente sobre la importancia de alimentarse bien.	

	<p>Consecuencias de los desordenes alimenticios y manifestaciones de la autenticidad e inautenticidad de la personalidad</p>	<p>yo creo que mi problema es que estoy dejando de comer y eso no está bien ni es saludable porque yo se que nuestro cuerpo necesita vitaminas, proteínas, minerales... etc y todo eso se consigue en la comida y si no como probablemente me enferme y me pasen cosas como las que me están pasando como que se me cae mucho el pelo, las uñas se me ponen muy frágiles, tengo constantemente sensación de frio y MUCHOS</p>	<p>En ocasiones Paciente A se muestra consciente en relación a las consecuencias físicas que trae consigo su actitud irresponsable frente a la alimentación; dejando ver en algún modo cierto nivel de culpa y preocupación. Sin embargo, su discurso resulta ambivalente, pues sigue privándose de comer y reforzando dicha conducta. Esto, manifiesta el terreno restringido de la personalidad, donde la persona no puede ser a la manera existencial, permaneciendo en las opiniones de los demás, pareciendo que nada le</p>	<p>Al escuchar fragmentos como estos, me llena de esperanza observar que está siendo consciente de las consecuencias que el no comer trae.</p>
--	--	---	---	--

		mareos por día o dolor de cabeza.... Además se que puedo quedar estéril o caer en enfermedades como bulimia o anorexia, porque tampoco es que sea normal vomitar.	pertenece realmente, ni le es propio, denotando una falta de compromiso y responsabilidad frente a su salud y bienestar.	
		Me están dando muchos mareos y dolor de cabeza y me da sueño en clase, eso hace que no me concentre mucho en clase.		
		si la verdad es que en este momento desearía tener una máquina del tiempo y volver al día que decidí no comer y	Al mostrarse consciente sobre las consecuencias que trae el no alimentarse bien, se evidencia como la personalidad oscila entre la	

		<p>cambiarlo  porque esto trae  muchas  consecuencias y  es muy feo. Me  hubiera  encantado  haberle hecho  caso a todas las  personas que  me aconsejaron  para no estar así  en este  momento, pero  siempre he  creído que nada  es imposible, así  que voy a  esforzarme para  curarme y no  volver a caer en  esto.</p>	<p>inautenticidad y la  autenticidad,  manifestándose aquí  el terreno libre de su  personalidad, que  deja ver una apertura  hacia el mundo,  mostrándose  consciente de lo  propio y de las  posibilidades del ser.</p>	
		<p>Bueno si, la  verdad es que  estoy yendo  donde el  endocrino  porque no estoy</p>		



		creciendo.		
	Influencia de las redes sociales en las autolesiones y desordenes alimenticios	Porque leí en las páginas de pro ana y pro mia que la manzana A no tenía muchas calorías.	Paciente A se muestra sugestionable y vulnerable ante los contenidos de los medios de comunicación y redes sociales, siendo mayor el	Al oír que visitaba estas páginas sentí angustia y una necesidad de protegerla, pues la siento muy vulnerable y sugestionable.
		bueno son unas páginas que te ayudan y te inspiran a ser flaca y linda... te dan tips y cosas así... pero yo ya me salí de eso	riesgo de adquirir hábitos nocivos para su salud física y emocional, mostrándose más propensa a desarrollar un desorden alimenticio.	
		no pues ponían tareas muy difíciles de cumplir, yo nunca logre bajar al peso que ellas ponían. Además seguíamos a modelos como las gemelas	Se evidencia una frustración en Paciente A al decir que no alcanzaba las metas propuestas por el grupo al que pertenecía, reflejando desesperanza.	

		Olsen que son divinas, pero pues es muy difícil llegar a ser como ellas. Aunque yo creo que sólo a la gente que es perfecta la quieren y logra ser feliz.		
		No pues cualquier persona del mundo puede publicar, hay gente de México, Argentina y España y uno puede chatear con estas personas.	Esto evidencia la baja consciencia de riesgo que puede tener Paciente A acerca del peligro que el contenido de estas páginas puede ocasionar en una niña adolescente.	
		Igual esas páginas son muy exigentes y ya me salí.... pues la verdad ser así	La presión que ejercen los contenidos de estas paginas, los cuales intentan inspirar a las	Por un lado siento alivio cuando me dice que ya no hace parte de estas

		es muy difícil.	niñas y adolescentes mediante fotos de actrices y modelos editadas, mostrando y alabando figuras extremadamente delgadas, resaltando sus huesos; ayuda a desarrollar una mayor probabilidad de formar una percepción negativa sobre su cuerpo y por consiguiente una frustración importante al no alcanzar la figura “ideal”.	páginas, pues no se sentía capaz de cumplir con las metas. Por otro lado, me preocupa que este tema siga siendo recurrente en su pensamiento y de alguna manera ejerza presión sobre ella en términos de querer alcanzar a toda costa la figura ideal, dictaminada por modelos y actrices que no se ven saludables y que resultan sus modelos a seguir.
		Paciente A y me	Paciente A reconoce la influencia	

		<p>enseñaron muchos tips que me metieron en problemas....</p> <p>Los de castigarme con los cortes cada que comía algo que no debía o cuando no alcanzaba las metas y eso.</p>	<p>importante que tuvo el contenido de estas páginas de internet que envían cada vez más mensajes de estética, moda y tips peligrosos para alcanzar un estándar de belleza y apariencia que se traducen en una presión para los adolescentes y en la búsqueda de su propia identidad terminan volviéndose esclavos y vulnerables de dichos contenidos en el desarrollo de muchas de sus estrategias, que apuntaban a deteriorar su bienestar y salud cada vez más.</p>	
	Relación entre las autolesiones y los	Bueno es que yo a veces me corto...para no	Paciente A encuentra una serie de beneficios al cortarse	Al escuchar esto, siento angustia por su

	desordenes alimenticios	sentir hambre....	como el evitar sentir la ansiedad de comer luego de experimentar el dolor físico, donde centra toda su energía y atención.	salud, pues es una niña muy joven y en crecimiento.
		que me he cortado, por ejemplo iba en muchos recreos del almuerzo con una amiga para no entrar a la cafetería y no tener que almorzar, ahí yo creo que varias sabían...la verdad si me dolía mucho, pero mi amiga siempre me decía que debíamos castigar al cuerpo cortándonos cuando	Se ven claramente las estrategias de primer nivel como las compulsiones con la comida, el vomito inducido y los comportamientos autolesivos como una vía para disminuir la disforia que se siente cuando se está bajo estrés, tristeza, ansiedad y culpa. Cabe aclarar, que en el caso de Paciente A, las autolesiones, pueden ser vistas como una estrategia de segundo nivel que busca llamar la atención de los	Al oír a Paciente A decir los motivos de sus cortes, siento impresión. Cuando me dice que se corta 100 veces por comerse 100 calorías, me da la sensación de que está exagerando, como si necesitara cautivar mi atención y despertar mi preocupación sobre ella. Veo una niña con una

		comíamos algo muy engordador...me castigaba por las calorías que como, por ejemplo si me comía un chocolate que tenía 100 calorías, me hacia 100 cortesitos y así o pues les conté que a veces vomitaba para no engordarme, me sentía mal después de comer tanto....	demás.	imposibilidad de apelar a estrategias más sPaciente As para sobrellevar su culpa, malestar o sentimientos negativos.
	Motivación para el cambio	bueno pues empezar a comer saludable y entender que me tengo que querer a mi misma y estar conforme con mi cuerpo y	Acá se evidencia la motivación para empezar a realizar cambios, donde se hace visible la movilización de la capacidad de autoproyección, logrando que	Cuando Paciente A se muestra motivada e interesada por cambiar, siento alegría y esperanza, pues además percibo

		definitivamente dejar de vomitar. Creo que tengo que seguir hablando contigo e ir donde un nutricionista para saber cómo comer saludable, para dejar de lastimarme.	Paciente A reconozca otras opciones y empiece a dar pasos pequeños.	que hemos logrado una relación muy bonita, donde siento que me escucha, mostrándose receptiva e interesada en las cosas que hablamos. A veces me da la sensación de que ningún adulto habla con ella sobre los riesgos que el no alimentarse bien o autolesionarse puede traer. En ocasiones me siento haciendo psicoeducación.
		si, se que no volver a caer en esto va a ser muy difícil pero estoy segura de		A pesar de que me da alegría lograr que ella consiga ver aspectos

		que lo voy a lograr, pues sé que no hay que dejar de comer ni comer en exceso, sino comer saludable. Además no quiero meterme en más problemas de los que ya tengo, así que estoy dispuesta a hacerlo.		valiosos y que le dan sentido a su vida, me asusta que lo que dice sea principalmente movilizado por su necesidad de complacer y conseguir atención y aprobación por parte mia.
		estar tranquila y tener paz por dentro, que lo quieran a uno, no tener problemas con las niñas, estar bien con mis papás, pasarla bien con mis amigas y primas.	Paciente A consigue encontrar huellas de sentido de vida, logra ver que tiene razones valiosas en su vida por las cuales vale la pena luchar.	
		me gustaría lograr sentirme bien, tener una		



		buena relación con mis papás, estar tranquila, quererme más, dejar de cortarme y comer mejor.		
		bueno, pues que como todas en el colegio ya saben, si me ven que estoy bien, pues algunas que yo se que andan en las mismas, pueden ver que si se puede y poder estar bien también.	Paciente A siente un deseo grande de ayudar a las demás personas, de querer el bienestar y tranquilidad	Al ser tan claros sus rasgos del modo de ser dependiente, en ocasiones siento que lo que está presente sigue siendo el hecho de mostrarse muy colaboradora, protectora y complaciente con los demás. Sin embargo, por otro lado, el deseo de ayudar y preocuparse por el bienestar de

				los demás también me resulta un recurso muy poderoso y valioso para alcanzar los cambios en ella.
Modos de ser	Vivencia del modo de ser histriónico	La verdad es que siento que tengo varios amigos, sobre todo por fuera del colegio, hasta hicieron grupos en whatsapp diciéndome ánimo Paciente A, tu puedes salir de esta. Niñas que no conocía me escribieron mensajes por Facebook, diciéndome que a pesar de no saber por lo que	El apoyo a través de las redes sociales de sus compañeras del colegio y de niñas de otros colegios desconocidas para ella, podrían estar dándole la sensación de engrandecimiento, haciéndola sentir importante, reconocida y vista por los demás. Como si su actitud llamativa y escandalosa y los mensajes de aliento frente a esta, se tradujeran en una búsqueda de que los demás vean su	Su tono de voz acelerado y contento al contarme esto, me hizo sentir lo importante que es para ella ser reconocida, vista y tomada en cuenta por los demás, reflejando una inmensa alegría al sonar de forma excesiva en las redes sociales.

		<p>yo estaba pasando, siempre había una salida y esperaban que yo estuviera mejor. Y en el colegio todo el mundo sabía lo que me estaba pasando, era como famosa, la gente me apoyaba.</p>	<p>existencia.</p>	
		<p>yo veo que la gente se preocupa por mi, y cuando mi curso supo que estaba pasando por un mal momento, todo el mundo estaba pendiente de mi, hacían de todo para ayudarme.</p>	<p>Se evidencian los desarrollos que Paciente A realizó para hacerse visible frente a los demás. El hacer públicos sus actos autolesivos o intimididades, se podían leer como un intento de llamar la atención de los demás y de alguna manera buscar el amor hacia ella. La</p>	

			dependencia hacia los demás puede ser vista como una forma de protegerse del vacío que experimenta.	
		no sé, mi profesora dice que yo me encargue de contarle a la gente que me cortaba y eso... como si ventilara a los 4 vientos toda mi vida... dicen que a veces hago disque muy "show"	Se evidencia la dificultad de verse a sí misma y probablemente de enfrentar su sensación de soledad, razón por la que se inclina hacia los demás. Preocupándose por lo que los demás piensen de ella, siendo su cuerpo una gran preocupación pues el mismo es un vehículo para lograr la atención de los demás.	
	Vivencia del modo de ser dependiente	el año pasado me decía cosas muy feas como perra, gorda, torpe y bruta.	El quedarse callada, permitir agresiones físicas y verbales, con el fin de evitar conflictos, reflejan	Al oír su tono de voz bajo cuando me dice que ante una agresión física y

		Además una vez en el bazar del Moderno me empujó y me caí, yo estaba con unos amigos y ellos se dieron cuenta de todo (...) lo maneje quedándome callada, no le quise contar a nadie (....) para no armar problemas.	sus rasgos de sumisión y la angustia ante lo que los demás puedan pensar de ella, temiendo a la posibilidad de abandono por parte del otro.	verbal se queda callada y no pone ningún tipo de limite, me da rabia e impotencia.
		es más ella una vez me rasguñó	El decir tranquilamente como	Al decirme con voz suave como

		<p>el cuello y tampoco le dije nada (...) no sé, para no agrandar el problema, que le iba a decir....</p>	<p>en varias ocasiones la han agredido física y emocionalmente, optando por guardar silencio con el fin de evitar conflicto, denota como el mostrarse cada vez más como un sujeto indefenso, poco empoderado a la hora de frenar este tipo de situaciones; refleja que Paciente A aún no asume su proceso de individuación, postergando su desarrollo madurativo.</p>	<p>permite este maltrato por parte de los demás, me hace pensar que su apariencia indefensa busca y logra despertar lastima, rabia y gPaciente As de protegerla.</p>
		<p>bueno la verdad es que Richard se puso muy bravo conmigo... es que me pego, pero bueno fue mi culpa el tenía razón.... pues si,</p>	<p>Paciente A llega al punto de justificar las agresiones de los demás, identificándose como la única culpable y merecedora del maltrato. Tiende a</p>	<p>Sentí mucha rabia e impotencia por el comportamiento del padrastro. Estos episodios despiertan mi</p>

		fue mi culpa, me lo merecía, no le hice caso y le saque la piedra, igual el se arrepintió me pidió perdón y no volverá a pasar, por favor no le cuentes a mi mamá te lo suplico... igual solo fue esa vez.	darle la razón a la otra persona, con el fin de evitar cualquier conflicto.	instinto protector y defensor hacia ella. Por otro lado, me parece increíble que llegue al punto de encubrirlo frente a su mamá por evitar problemas.
		tal vez dirían que soy buena amiga, que soy alegre, que me preocupo por los demás, que les hago regalitos	Paciente A reconoce en ella misma algunos rasgos que caracterizan el terreno libre de la personalidad dependiente, como lo son la amabilidad, el ser amistosa, el preocuparse por los demás, satisfacer los deseos ajenos, siendo muy detallista y complaciente.	
		pues en mis	Paciente A suele	

		<p>amigas se supone que confío, aunque si me duele mucho y me da rabia que me decepcionen, ya me ha pasado que la cagan conmigo, y yo por evitar pelear, no les digo nada, me termino quedando las cosas. Es que esas cosas siempre me pasan, es lo peor.</p>	<p>hacer las paces y dejar pasar cosas que resultan dolorosas para ella o decepcionantes, con el fin de evitar conflictos, llegando a sacrificarse para gPaciente Ar la atención de los demás, despertando en ella una sensación de tristeza y victimización.</p>	
		<p>bueno pelear con María mi amiga, enserio ella es muy fuerte conmigo, pero yo la quiero mucho.....porque ella se pone brava por todo, no sé que le</p>	<p>Paciente A manifiesta su temor a expresar sus desacuerdos, inclinándose por someterse a las decisiones o malos tratos de otros aunque no las comparta y le duelan,</p>	



		<p>pasó, es como si yo le molestara, me habla súper feo.... no es que no me siento cómoda hablando con ella... con ella no se puede hablar</p>	<p>evitando pelear a toda costa.</p>	
		<p>pues que ella hable mal de mí, que ya no quiera ser mi amiga, que mi grupo de amigas se dañe y me quede sola.</p>	<p>Se aviva en Paciente A el miedo a ser abandonado y rechazada por sus pares.</p>	
		<p>pues si voy a tratar, pero no me gustaría que todas se fueran del lado de María y me dejaran sola....</p>		
		<p>que me dio una patada en la fila del almuerzo, que me rapo mi celular y no me</p>	<p>Movilizada por el miedo a ser rechazada, Paciente A soporta diferentes tipos de agresiones,</p>	

		lo quiso dar, después de que se lo pedí varias veces, siento que habla sobre mí y me mira feo.	pues le resulta insoportable el asumir el riesgo de ser abandonada o no querida, dejando a la otra persona salirse con la suya e incluso	
		pues sí, pero es que enserio María es muy fuerte y no saldría bien, ella es una persona que critica a todo el mundo, es muy mandona, pero enserio no la quiero meter en problemas, prefiero dejar las cosas así.....que no me quiera, eso nunca me hará sentir bien.	llegando a protegerla con tal de no ser abandonada.	
		si pues yo creo que cuando uno quiere a alguien se tiene que aguantar esas	Se refleja la necesidad de ser aprobada y apoyada por los demás, pues tiende a percibirse a	

		cosas, es mejor o sino lo excluyen a uno....	si misma como alguien impotente e ineficaz sin la presencia del otro, al	
		si pues yo creo que cuando uno quiere a alguien se tiene que aguantar esas cosas, es mejor o sino lo excluyen a uno....yo una vez vi un programa de unos novios, ella se dejaba pegar porque lo amaba mucho, y pues es mejor aguantarse esas cosas que lo dejen a uno...	cual pone en una posición de superioridad y fortaleza, justificandole cualquier agresión o comportamiento inadecuado.	
	Expresión de la relación entre el modo de ser histriónico y dependiente	pues mal por un lado, porque yo si le conté a algunas amigas, confié en ellas y parece que le	Paciente A se muestra amigable, tiende a confiar fácilmente en las personas y parece ser susceptible de	En ocasiones despierta en mi tristeza, siento que pide a gritos atención y afecto.

		dijeron a todo el mundo.	dejarse llevar. Así mismo, a pesar de sentirse decepcionada, evita todo tipo de conflictos a través de la rendición.	
		no mejor no decir nada, de pronto se ponen en mi contra o bravas conmigo, yo antes me desahogaba en las páginas de pro Paciente A y pro mia, ahí la gente me entiende, como que uno encuentra que existen personas que se preocupan por lo que a uno le pasa, te apoyan, te escuchan y te dan consejos.	Paciente A actúa movilizada por el profundo temor a no ser vista y no ser querida por los demás. Por otro lado, siente la necesidad de victimizarse y hacer públicas sus intimidades, así sea de forma anónima o a desconocidos a través de las redes sociales, buscando de forma desesperada atención y aprobación.	
		no, pues		

		tampoco, siempre pasa que alguien se pone bravo y yo intento que no peleen conmigo, les pido perdón, hablo con otras amigas para que me ayuden pero a veces no funciona, especialmente con Maria, ella es muy fuerte, todo el mundo sabe lo que y sufro con ella.		
Dinámica familiar	Vivencia de la situación familiar	pues normal, a mi no me gusta mucho contarle las cosas, yo la verdad me la paso en mi cuarto sola, me gusta estar ahí.	Paciente A no se siente muy cercana a su mamá, prefiere aislarse y dice no tenerle mucha confianza. Por otro lado, puedo ver que los momentos en que	
		que me esté diciendo que hacer todo el	tienen una conversación o acercamiento, su	

		<p>tiempo, que no soy responsable, que dejo todo para última hora....</p>	<p>mamá la cuestiona, regaña o corrige, aumentando en Paciente A la sensación de no ser suficiente para ella o no lograr fácil su reconocimiento o aprobación.</p>	
		<p>la verdad es que no me gusta hablar sobre eso, porque no quiero que le digas nada a mis papás, ya mi mamá se enteró por mi ex directora de grupo y pues no quiero seguir siendo un problema para ella, además si mi papá se entera me mata.</p>	<p>Paciente A expresa sentirse una carga para sus papás, tiende a evitar que sus papás sepan sobre su vida personal. Además manifiesta preocupación sobre la vida personal de su mamá, a quien siente con muchos problemas y no quiere ser otro más para ella.</p>	
		<p>lo único es que por la noche estaba acostada</p>	<p>Paciente A no se siente acogida, ni parte de la casa.</p>	<p>Siento tristeza y rabia por el poco tacto del</p>

		<p>en la cama con ella y Richard (padraastro) pensó que yo estaba dormida porque tenía los ojos cerrados y le dijo súper bravo a mi mamá que yo me tenía que ir de la cama, que no le gustaba que yo estuviera ahí</p>	<p>Cuando consigue tener un acercamiento a su mamá, el padraastro no es cuidadoso con sus comentarios, no se muestra amable con ella y le hace sentir que no la quiere mucho, interponiéndose en la relación de ella y su mamá; haciendo que ella no se sienta parte del grupo familiar. Esto, aumenta el aislamiento y retraimiento de Paciente A en casa.</p>	<p>padraastro con Paciente A, me parece muy poco cuidadoso e inmaduro al no pensar en las consecuencias de sus actos y palabras, así como el impacto que estas tienen en el deterioro de la relación entre su mamá y ella.</p>
		<p>tengo rabia con mi papá porque se van todos para Nueva York en vacaciones y a mi me dejan acá, no me invitaron.... si, pero me da rabia</p>	<p>Al hablar de su vivencia frente a la relación con su padre, se puede evidenciar un malestar en ella, por un lado refleja celos hacia su hermano, a quien consienten y</p>	<p>Al oírla hablar sobre su relación con su papá, me da la sensación de que ella puede sentirse en el medio de las dos familias, es</p>

		que a mi hermano si lo lleven y a mí no.	tienen en cuenta para todo y por otro lado, siente que no pertenece, ni es tenida en cuenta en ninguna de las dos familias.	decir de la familia de su mamá y de su papá, quienes tuvieron un hijo con sus respectivos conyugues, a quienes Paciente A parece tenerles celos, pues además se roban toda la atención.
		pues mi papá me recoge algunos días después de los ensayos de gimnasia, algunos fines de semana voy allá, pero hablo muy poco con él, no me gusta contarle mucho mis cosas, el siempre está en su cuento.... no	Se evidencia una relación poco profunda y pobre a nivel de confianza. Percibiendo dolor por parte de ella al hablar de lo poco que sus padres la entienden, conocen su estado emocional o la manera de apoyarla cuando ella lo necesita. Se evidencia como ella	Me da la sensación de que Paciente A se siente similar con ambos padres, la siento sola y desconectada a nivel afectivo con los dos.



		estoy mucho con él, el exagera todo, prefiero no contarle nada, cuando voy a su casa estoy con mis primas, son de la familia de la esposa de mi papá, todas son muy chéveres.	siente que cada uno prioriza otras cosas que estar pendientes de ella, sintiéndose un estorbo y una carga para ambos.	
		ahora es como toda brava y no cambia de opinión fácil, yo siento que mi mamá no me escucha, no le importa nada de lo que yo digo, no sabe que siento, como que tiene cosas más importantes en las que pensar que estar conmigo, se la pasa trabajando o con mi		

		<p>hermanita y la verdad con mi papá pues es que no vivo con él, y pues obviamente no le voy a contar mis cosas, prefiero a una mujer, por eso termino hablando con mis primas, las de la familia de la esposa de mi papá.</p>		
		<p>pero yo siento que mi mamá en este momento no me entiende, no me escucha nada de lo que le digo, es como si no le importara.... Ella ya tiene suficientes problemas con su esposo pues</p>	<p>Paciente A pide ser reconocida y escuchada entre líneas, siente cierto abandono e interés hacia a ella por parte de su familia. Los afectos pueden llegar a ser conflictivos, se evidencia una carencia de empatía parental, donde los padres se</p>	

		se está divorciando de él, descubrió que le era infiel, adicto a las mujeres y además tiene mucho trabajo.	encuentran la mayor parte del tiempo fuera del hogar o centrados en su vida personal, provocando un abandono y descuido en la formación de Paciente A.	
		a mi papá se qué tipo de cosas pedirle, pero no hablo mucho con él.... Con mis primas vamos a Unicentro o ellas me invitan a sus planes, son súper lindas y flacas.... Aunque no son como mi prima que me enseñó todo lo de pro Paciente A y pro mia.	Paciente A es repetitiva en cuanto el poco dialogo que tiene con sus padres, resaltando que lo emocionante de ir a la casa de su papá es estar con las sobrinas de la esposa, las cuales le han introducido las páginas de pro ana y pro mia, siendo una influencia importante en el desarrollo de sus estrategias de primer nivel y funcionamiento.	En algunos momentos siento que la ausencia y carencia de dialogo entre Paciente A y sus papás, es uno de los factores que más le resultan dolorosos.

		<p>porque yo sé que me salgo con la mía siempre, mis papás no están muy alineados, uno va aprendiendo como es con el uno y con el otro.... si pues que yo se que puedo conseguir o pedirle a cada uno, cuando uno me dice que no a algo, yo se que por el otro lado puedo conseguir el si... mi mamá digamos siempre termina cediendo....</p>	<p>Los papás son percibidos por Paciente A como unas figuras poco consistentes y firmes a la hora de educarla y acompañarla en sus procesos socioemocionales. Esto ha hecho que Paciente A haya aprendido a manejar a sus papás según su conveniencia.</p>	
--	--	---	--	--

		<p>muy mal, no me siento cómoda viviendo allá... me quiero ir a vivir con mi papá.</p>	<p>Paciente A manifiesta su descontento viviendo con su mamá y padrastro, hace especial énfasis en la mala relación que tiene con su padrastro, pues siente que este no la quiere, haciendo que ella no se sienta parte del núcleo familiar, pues piensa que los dos tornan su atención hacia su hermanita, sintiendo celos hacia ella y reforzando en ella la necesidad de ser querida y vista.</p>	
		<p>si es que enserio yo no creo que me quiera, siempre me regaña, solo le ponen atención a mi hermanita, yo por eso me</p>	<p>La dinámica familiar de Paciente A, hace que ella se refugie en su computador e interactúe consigo misma. Esto la lleva a un aislamiento que aumenta su</p>	

		<p>encierro en mi cuarto y me meto en el computador.</p>	<p>sensación de soledad y fragilidad, siendo que su malestar sea tan grande que opta por utilizar su cuerpo como verdadero tablero de anuncios de sus frustraciones.</p>	
--	--	--	--	--



### Anexo 3. Consentimiento informado



Universidad del Norte  
Facultad de Psicología  
Maestría en Psicología Clínica con orientación en  
Logoterapia y Análisis Existencial

Edad: 12 Genero: F Número de identificación del  
participante: T.I. 1193563335

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el marco de la maestría en Psicología clínica con orientación en logoterapia y análisis existencial de la Universidad del Norte, se plantea como trabajo de grado un estudio de caso que pretende acompañar a una estudiante y apoyar a su familia en el proceso de desarrollo emocional. Para ello se requiere el consentimiento de los padres de la participante.

Yo/nosotros Martha Henao Franco Córdoba doy/damos el consentimiento informado para que mi/nuestra hija Ana Sofía Córdoba Herrera participe en el trabajo de grado/estudio de caso que será realizado por una profesional en el área de psicología y supervisado por un experto en el tema. Este proyecto pretende ampliar la comprensión del funcionamiento del participante para realizar y describir un acompañamiento coherente a sus necesidades. En dicho estudio la información siempre será anónima y disfrazada de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna.

Consiento/consentimos también que:

1. He/hemos sido informado(s) de que la participación de mi hija en este estudio no implica ningún riesgo o molestia conocida o esperada.
2. He/hemos sido informado(s) de que se responderá gustosamente a cualquier pregunta respecto a los procedimientos de este estudio cuando haya culminado.
4. He/hemos sido informado(s) de que soy/somos libre(s) de dejar de participar o recibir el acompañamiento que permite este estudio.

Ana Maria Echavarría  
Profesional

Fecha: 8/04/2016

[Firma]  
Padres



